

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MÉLANIE BERGER

LE SENTIMENT DE SOLITUDE, LE STRESS ET LE LIEU DE CONTRÔLE
CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

AVRIL 2009

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Le but premier de ce travail de recherche est d'évaluer les possibles interactions entre les variables de stress, de solitude et de lieu de contrôle de la santé chez les personnes atteintes d'une néoplasie. L'échantillon se compose de personnes atteintes de cancer étant sous traitement de chimiothérapie. Il est composé de 49 femmes et de 28 hommes, qui sont âgés de 37 à 78 ans. Tous les participants ont été recrutés au point de service Hôtel-Dieu d'Arthabaska, Centre de services sociaux et de la santé d'Arthabaska et de l'Érable (CSSSAE). Pour la réalisation de la cueillette de données, chaque participant devait compléter quatre questionnaires : un questionnaire évaluant les données socio-démographiques, l'Échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL), la version française du Multidimensional Health Locus of Control Scales de Wallston, Wallston et DeVellis (Foyer de contrôle multidimensionnel de Wallston) ainsi que la Mesure de stress psychologique (MSP-B). Les résultats montrent que le lieu de contrôle total prédirait le stress de façon significative. De façon plus précise, lorsque les trois sous-échelles du lieu de contrôle de la santé sont analysées, (lieu de contrôle de la santé externe, lieu de contrôle de la santé interne et le hasard) seul le lieu de contrôle externe explique une partie significative de la variance du stress et ce, lorsque les variables sociodémographiques sont contrôlées. Les coefficients Bêta indiquent aussi que le lieu de contrôle externe est la meilleure variable prédictrice du stress.

Cependant, les résultats montrent l'effet très significatif de la solitude chez les personnes atteintes de cancer. En effet, cette dernière explique à elle seule 34 % de la variance du stress. Les coefficients Bêta indiquent que même si le statut marital et le lieu de contrôle de la santé externe ont aussi une influence sur le stress, la solitude demeurerait la variable la plus significative face au stress vécu par les individus atteints d'un cancer. En somme, les résultats démontrent que la solitude est un facteur significatif qui influence la composante du stress chez cette clientèle.

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Sommaire..... | ii |
| Table des matières..... | iv |
| Liste des tableaux | vi |
| Remerciements | vii |
| Introduction | 1 |
| Chapitre premier - Contexte théorique et expérimental..... | 6 |
| L'oncologie | 8 |
| Le stress | 10 |
| Le stress au point de vue physiologique | 13 |
| Le stress au point de vue psychique | 15 |
| La solitude | 19 |
| Caractéristiques de la solitude | 19 |
| La solitude et la maladie | 21 |
| Le lieu de contrôle | 27 |
| Influence du lieu de contrôle chez les personnes atteintes de cancer | 29 |
| Objectif et hypothèses de recherche..... | 34 |
| Chapitre II - Méthodologie | 37 |
| Les participants..... | 38 |
| Le déroulement de l'expérimentation..... | 39 |
| Les instruments de mesure | 40 |

| | |
|--|----|
| UCLA Loneliness Scale | 40 |
| Multidimensional Health Locus Control Scales | 41 |
| Mesure de stress psychologique..... | 42 |
| Chapitre III - Présentation des résultats | 44 |
| Résultats..... | 45 |
| Chapitre IV - Discussion..... | 56 |
| Vérification des hypothèses de recherche | 57 |
| Forces, limites et recommandations..... | 65 |
| Conclusion | 69 |
| Références | 72 |
| Appendices | 81 |
| Appendice A: Formulaire de consentement..... | 82 |
| Appendice B: Questionnaire..... | 87 |

Liste des tableaux

Tableau

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Analyse de régression multiple hiérarchique prédisant le stress à partir des variables sociodémographiques et du lieu de contrôle total..... | 47 |
| 2 | Analyse de régression multiple hiérarchique prédisant le stress à partir des variables sociodémographiques et du lieu de contrôle interne..... | 48 |
| 3 | Analyse de régression multiple hiérarchique prédisant le stress à partir des variables sociodémographiques et du lieu de contrôle externe..... | 49 |
| 4 | Analyse de régression multiple hiérarchique prédisant la solitude à partir des variables sociodémographiques et du lieu de contrôle total..... | 51 |
| 5 | Analyse de régression multiple hiérarchique prédisant le stress à partir des variables sociodémographiques, du lieu de contrôle total et de la solitude..... | 52 |
| 6 | Analyse de régression multiple hiérarchique prédisant le stress à partir des variables sociodémographiques, du lieu de contrôle externe et de la solitude..... | 54 |

Remerciements

De nombreuses personnes ont contribué à l'accomplissement de cette thèse de doctorat. En premier lieu, je tiens à remercier madame Françoise Lavallée, Ph.D. professeure de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières et directrice de cette thèse. Ses encouragements, sa grande disponibilité, ses bons conseils, sa rigueur, son côté humain et son écoute m'ont permis de cheminer et ce, autant au niveau professionnel que personnel. Je tiens aussi à remercier chaleureusement les membres du Comité de doctorat. Merci à madame Micheline Dubé, Ph.D. professeure de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son implication et sa précieuse aide à l'interprétation des données statistiques ainsi qu'à monsieur Jean-Pierre Gagnier, Ph.D., professeur de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son expérience clinique, son approche aussi différente qu'innovatrice et ses précieux conseils. Aussi, je remercie monsieur Michel Alain, Ph.D., professeur de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa précieuse collaboration dans la finalisation des résultats statistiques.

Je tiens aussi à remercier toute l'équipe du Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable, point de service Hôtel-Dieu d'Arthabaska. Un merci tout particulier aux infirmières de la clinique d'oncologie pour leur patience et leur aide lors de mon expérimentation. Aussi, un merci tout

particulier à tous les membres de l'équipe d'oncologie pour leur intérêt, leur support et leurs encouragements. Je tiens à remercier de tout cœur les patients qui ont pris le temps de répondre aux questionnaires et ce, malgré leur tourmente. Leurs sourires, leurs encouragements, leur force, leur persévérance et leur curiosité m'ont inspirée!

Finalement, je tiens à remercier les membres de ma famille, tout particulièrement mes parents, Marlène et Gérard. Par leur amour et leur support inconditionnels et ce, dans les bons moments comme dans les moments les plus ardues, ils m'ont aidée à me réaliser. Dès mon plus jeune âge, ils m'ont transmis des valeurs essentielles à la réalisation d'un tel projet : volonté, persévérance, détermination et curiosité. Mais ils m'ont surtout transmis l'élément le plus important : croire en mes rêves! Et c'est une partie de mon rêve que je leur dédie aujourd'hui.

Introduction

L'être humain peut être atteint de différents maux qui viennent l'affliger. Ces derniers sont à l'origine de grands événements tragiques dans l'histoire de l'humanité. Dans le présent cas, nous nous intéressons à un mal individuel, qui n'est pas sujet à l'épidémie et qui touche l'individu dans toutes les sphères de sa vie : le cancer.

Le cancer est une prolifération anormale des cellules (Holland, 1998). Il existe un large éventail de type de cancer qui peut se loger à n'importe quel endroit du corps et chaque année, de nombreux cas sont répertoriés. Selon l'Institut national du cancer du Canada (Société canadienne du cancer, 2008), 166 400 nouveaux cas ont été estimés pour l'année 2008 dont 87 000 chez les hommes et 79 400 chez les femmes. Plus précisément, le type de cancer le plus souvent diagnostiqué chez la gent masculine est le cancer de la prostate (24 700 nouveaux cas) et en ce qui a trait aux femmes, le cancer du sein est le plus fréquent avec 22 400 nouveaux cas déclarés. Toutefois, autant chez les hommes que chez les femmes, c'est le cancer du poumon qui est responsable du plus grand nombre de décès.

Toujours selon l'Institut national du cancer du Canada (2008), en se fiant aux taux d'incidences actuels, la probabilité qu'une femme soit atteinte d'un

cancer est de 39 % et la probabilité est de 45 % chez les hommes. Toutes ces données ne font que confirmer le fait qu'il est important de se concentrer sur le phénomène du cancer afin de desservir de façon adéquate la population qui en est atteinte. Les statistiques démontrent aussi que plus les années passent, plus le nombre de personnes susceptibles d'être touchées augmente. Un élément qui contribue à l'accroissement du nombre de personnes atteintes est l'évolution démographique. En effet, le nombre de personnes âgées croît, ce qui aura un impact considérable sur le nombre de diagnostics au cours des prochaines années. De plus, un tel diagnostic, chez une personne âgée, est un événement marquant si on prend en considération les limitations qui se présentent au niveau du fonctionnement social, émotionnel et cognitif (Dolbeault, Dauchy, Brédart & Consoli, 2007).

La liste des facteurs psychologiques qui entrent en lien direct avec le cancer est large. Citons, par exemple, la dépression (Wellisch & Lindberg, 2001), l'anxiété (Lindberg & Wellisch, 2001) et même le stress post-traumatique (Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001). Aussi, Butow, Hiller, Price, Thackway, Kricker et Tennant (2000) avancent que l'évidence d'une relation entre les facteurs psychosociaux et le cancer du sein est faible. Toutefois, ils soutiennent qu'il existerait un lien important entre la répression des émotions et des événements de vie importants à connotations négatives.

Dans le même ordre d'idée, Classen et al., en 2001, démontrent que le fait d'avoir un suivi psychologique offre une aide significative aux personnes atteintes de cancer. En effet, une thérapie qui met l'emphasis sur le support et qui aide les patients à mieux gérer le stress relié à la maladie, permet de diminuer la détresse des patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique.

Simonton, Simonton et Creighton (2001), qui sont respectivement radio-oncologue, psychologue et psychothérapeute, ont fait le même genre d'exercice avec des personnes atteintes d'un mélanome malin incurable (cancer de la peau). Les patients ayant eu l'opportunité de suivre de façon conjointe, traitement médical et suivi thérapeutique, ont vécu une fois et demie, voire même deux fois plus longtemps que les patients ayant suivi comme seul traitement celui d'ordre médical.

D'autres chercheurs (Achterberg, Dossey, & Kolkmeier, 1994; LeShan, 1982), provenant autant du milieu médical que de celui de la psychologie, avancent que l'être humain doit être traité dans sa globalité. Les émotions, l'esprit et le corps forment un ensemble et des modifications au point de vue psychique mènent à des changements physiques et vice-versa (Simonton, Matthews-Simonton, & Creighton, 1982). Ces auteurs affirment que le fait de s'attarder autant à la dimension physique, psychologique et spirituelle permet de viser une guérison globale de la personne.

Bref, l'apparition d'une maladie constitue bien plus qu'un problème d'ordre biologique et pathogène. En effet, la cause est multifactorielle et de plus en plus de chercheurs s'intéressent au côté multidimensionnel du cancer. La génétique, l'environnement, la nourriture, la pollution ainsi que certains facteurs psychologiques (expériences de stress, deuils, émotions intenses) sont directement impliqués lorsqu'une maladie comme le cancer apparaît chez un individu et sont des variables étudiées à maintes reprises (Ben Soussan & Julian-Reynier, 2008; Butow et al., 2000; Levy, 1985).

Dans le présent cas, nous nous intéresserons à des variables qui ont été étudiées à diverses reprises, mais qui n'ont pas encore été regroupées dans la même étude. Il s'agit des variables psychologiques suivantes : le stress, le sentiment de solitude et le lieu de contrôle.

Pour définir les éléments de la problématique, le premier chapitre, le contexte théorique comporte trois sections. D'abord, une définition du cancer est donnée. Par la suite, le concept général du stress est présenté. Ensuite, une section expose les caractéristiques de la solitude. Plus précisément, le concept de la solitude est abordé en regard de la présence d'une maladie. Ensuite, une partie de ce chapitre apporte une description du lieu de contrôle de la santé chez les personnes atteintes de cancer. En dernier lieu, ce chapitre précise les hypothèses principales de la recherche.

Par la suite, le chapitre deux apporte des informations relatives à la méthodologie de la présente recherche. Le troisième chapitre aborde les résultats obtenus en regard des hypothèses de recherche. Il sera suivi de la discussion au chapitre quatre.

Contexte théorique et expérimental

La présente étude s'intéresse au vécu des personnes atteintes de cancer. L'objectif principal de la recherche consiste à évaluer les liens qui peuvent exister entre le stress vécu, le sentiment de solitude perçu et le lieu de contrôle de la santé des personnes ayant un diagnostic de cancer. Les recherches antérieures ne font pas l'unanimité quant au rôle joué par le stress dans l'apparition d'une maladie comme le cancer. Toutefois, ces mêmes études ne remettent pas en doute la présence du stress lorsque la maladie est déclarée.

Aussi, certains auteurs ont démontré que des variables comme le sentiment de solitude et le lieu de contrôle de la santé, lors d'un diagnostic de maladie chronique tels l'arthrite et le diabète, peuvent agir à titre de variables intermédiaires, qui peuvent faire fluctuer le niveau de stress vécu par l'individu. Étant donné que les personnes atteintes de cancer se retrouvent confrontées à un éventail de facteurs qui nourrissent le sentiment de solitude, la chercheuse se questionne face à l'impact que ce dernier peut avoir sur le stress ressenti et si le stress et le sentiment de solitude peuvent se trouver influencés par le lieu de contrôle de la santé de la personne. Donc, la présente recherche s'intéresse aux influences que peuvent exercer le sentiment de solitude et le lieu de contrôle de la santé sur le niveau de stress perçu par les personnes atteintes de cancer.

Pour débiter, nous allons apporter une brève description de l'oncologie. Ensuite, nous allons définir le concept du stress. Plus précisément, ce dernier sera abordé au point de vue physiologique et psychique. Ensuite, nous décrirons la solitude ressentie par les personnes atteintes de cancer. En troisième lieu, nous élaborerons une définition et une description du lieu de contrôle de la santé chez les individus atteints de cancer. Finalement, nous présenterons les hypothèses de la recherche.

L'oncologie

L'oncologie (ou la cancérologie), spécialité de la médecine qui étudie et traite le cancer, ne cesse de se spécialiser. Alors qu'au début des années 1800, il était quasiment impossible de diagnostiquer un cancer et de sauver une personne atteinte, de nombreux espoirs sont aujourd'hui permis (Holland, 1998). En effet, alors que le terme « cancer » était jadis synonyme de mort, aujourd'hui, plusieurs avenues permettent de le traiter. Les traitements pharmacologiques et les chirurgies sont en constante évolution, de sorte que les guérisons sont plus nombreuses (Holland, 1998).

Toute l'effervescence qui entoure le milieu de l'oncologie amène des équipes de plus en plus spécialisées. En effet, en plus des chercheurs, des

médecins, des pharmaciens et des infirmières, il y a maintenant de la place pour de nouveaux intervenants tels les infirmières pivots, les nutritionnistes et les psychologues. Ces derniers œuvrent dans le même courant que la présente recherche, c'est-à-dire la psycho-oncologie. Cette nouvelle discipline scientifique s'intéresse autant aux aspects psychologiques et sociaux qui concernent la personne atteinte qu'à sa famille et aux soignants (Dolbeault et al., 2007; Holland, 1998). Elle concerne aussi les symptômes psychopathologiques induits par la maladie ou par ses traitements, les comportements à risque, la communication entre la personne atteinte et l'équipe médicale, la compliance aux traitements et l'alliance thérapeutique (Holland, 1998).

D'ailleurs, le champ de la recherche en psycho-oncologie est très vaste. En réalité, le sujet, les enjeux, les outils utilisés et la catégorie des professionnels impliqués dépendent principalement des questions ciblées par le chercheur. La recherche peut être qualitative, quantitative ou même être d'approche purement « observationnelle » (Dolbeault et al, 2007). Dans la présente recherche, l'auteure s'intéresse à des variables couramment citées dans la littérature scientifique. Toutefois, la chercheuse veut identifier les liens qui relient ces variables au niveau de la psycho-oncologie. En effet, elle se questionne face au bien-être, au niveau psychologique, de la personne atteinte de cancer.

Le stress

Selon une source populaire (Le Petit Larousse illustré, 2006), le stress se définit comme « un ensemble de perturbations biologiques et psychiques provoquées par une agression quelconque sur un organisme ». Ainsi, l'impact du stress peut se faire ressentir autant au point de vue physiologique qu'au niveau psychique. Voilà un bref aperçu de la définition générale donnée au stress. Par ailleurs, quelques nuances plus spécifiques seront apportées.

En ce qui concerne le stress, les travaux d'un auteur sont particulièrement importants. Ce dernier est surnommé « le père de la théorie du stress » : Hans Selye. Selon ce médecin canadien d'origine austro-hongroise, « le stress est la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite » (Selye, 1974). Lorsque nous nous intéressons au stress, il est important de voir la différence entre la réaction face au stress et « l'agent stressueur », qui lui, vient causer le stress. De plus, on a souvent tendance à percevoir le stress comme négatif dans nos vies. Toutefois, Selye (1974) parle de « stress sans détresse ». Il est convaincu que lors d'un processus normal d'adaptation, aucun état pathologique n'est présent dans l'organisme vivant un état de stress. Donc, il est important de tenter de conserver un équilibre ou une constance dans la stabilité de l'organisme. Selon Selye (1974), le stress n'est pas à éviter, mais il faut apprendre à bien le gérer.

Aussi, il est nécessaire de s'attarder à la dimension subjective associée au vécu du stress; laquelle se définit par la perception qu'a un individu de son état physiologique, cognitivo-affectif et comportemental face à la variable du stress (Fillion, Tessier, Tawadros & Mouton, 1989). Cet aspect permet de prendre en considération l'état de tension et le malaise interne que l'individu a l'impression de vivre. Il ne s'agit pas d'une évaluation pathologique du stress de la personne, mais plutôt de sa perception face au stress vécu. Dans le même ordre d'idée, certains chercheurs (Gaugler, Hanna, Linder, Given, Tolbert, Kataria, et al., (2005); Zellars, Meurs, Perrewé, Kacmar & Rossi, 2009) démontrent que la perception que l'individu a de la situation stressante influence directement ses réactions au niveau physiologique et psychologique et par conséquent, le niveau de stress vécu. Il est à noter qu'il s'agit de ce type de stress qui est pris en considération dans la présente recherche.

Des chercheurs (Ben Soussan & Julian-Reynier, 2008; Dufour, 2003) vont même jusqu'à avancer que ce n'est pas le stress qui est négatif, mais nos réactions qui sont inappropriées face à ce dernier. Bruchon-Schweitzer et Quintard (2001) démontrent que ce n'est pas l'événement qui va créer le stress, mais plutôt la perception subjective ainsi que le ressenti émotionnel et physiologique. En effet, si la personne interprète la situation comme étant menaçante ou pouvant provoquer une perte importante, elle vivra un stress et se sentira impuissante face à cette situation. Toutefois, si elle se sent en

possession de ses moyens et a les ressources et les capacités pour affronter la situation, la personne vivra une réaction de stress beaucoup moins importante (Lazarus & Folkman, 1984). Selye (1974) et Ray (2004) soutiennent également ces affirmations. Ces derniers avancent que l'important, ce n'est pas ce qui nous arrive, mais plutôt la façon dont nous interprétons ce qui nous arrive.

Que se passe-t-il lorsque l'organisme vit un stress de façon prolongée? Selye (1974, 1975) a élaboré la théorie du « Syndrome d'adaptation générale ». Selon cette approche, la réponse initiale face au stress se déroule en trois étapes distinctes. La première, la réaction d'alarme, se définit comme étant la réponse initiale au stress. Ensuite, le stade d'adaptation ou de résistance, constitue la deuxième phase du syndrome. Durant cette dernière, on peut assister à une activation adéquate des systèmes de réponses ainsi qu'à un « rétablissement de la balance homéostatique ». Toutefois, si l'organisme concerné ne s'adapte pas de façon adéquate et que l'état de stress perdure ou se présente fréquemment, il s'en suivra une phase d'épuisement qui amènera une plus grande sensibilité aux maladies (dû à l'épuisement du système immunitaire), voire même la mort (Selye, 1974).

Le stress au point de vue physiologique

Cette approche, nommée approche bio-médicale (Lemyre, Tessier & Fillion, 1990), décrit le processus influençant l'état d'homéostasie de l'organisme. Lorsque le corps réagit à un état de stress, le système nerveux autonome s'active et libère ainsi différentes hormones dans le sang ce qui occasionne des changements qui concernent « certains paramètres immunitaires ».

Afin de comprendre de quelle façon le corps réagit à une situation stressante, Ursin, Baade et Levine (1978) se sont intéressés aux mesures physiologiques d'individus devant sauter en parachute. Ils ont constaté que lors du premier saut en parachute, alors que le stress se retrouve à son maximum, le corps subit de nombreuses modifications neuroendocriniennes : taux de cortisol sanguin élevé, faible taux de testostérone, grande présence d'adrénaline et d'hormones de croissance. Ces conditions ont comme effet d'accélérer le métabolisme, d'augmenter le rythme cardiaque, la respiration, la pression artérielle et d'apporter une plus grande quantité de sang au niveau des muscles et du cerveau. Tel que mentionné plus haut, si cet état d'alerte est maintenu pendant une longue période, le système immunitaire s'épuise ce qui peut entraîner différents problèmes de santé (O'Leary, 1990).

Depuis quelques années, il y a une recrudescence de recherches sur le lien existant entre l'émotion et l'apparition de la maladie. Chrousos et Gold (1992) ont démontré l'importance de ce lien en décrivant l'impact de l'émotion psychique sur le système nerveux autonome et le système endocrinien. Tel qu'avancé par Antoni et Lutgendorf (2007), O'Leary (1990) et Simonton et al. (1982), un stress chronique diminue de façon significative l'efficacité du système immunitaire. Cohen, Tyrrell et Smith (1991) ont exposé des volontaires au virus de la grippe. Ils ont constaté que plus les individus étaient exposés à des sources de stress importantes, plus ils développaient les symptômes cliniques du virus. Dans le même ordre d'idée, Antoni et Lutgendorf (2007) avancent que si une personne diagnostiquée de cancer se trouve en mesure de contrôler son niveau de stress et de diminuer son niveau de détresse, il y a une diminution de l'activation des réactions neuroendocriniennes impliquées dans l'apparition et l'évolution de la tumeur. Ces auteurs ont constaté ce phénomène lorsqu'ils ont soumis des personnes atteintes du Sida à une thérapie cognitivo-comportementale, basée sur des techniques de relaxation. Ils font un parallèle avec cette dernière clientèle qui serait plus à risque de développer une tumeur.

De plus, Chrousos et Gold (1992) soutiennent que lorsqu'un individu subit un dérèglement important de son système de réponses au stress, il peut y avoir apparition d'anxiété, de différentes maladies affectives et de processus inflammatoires chroniques. Bref, plusieurs auteurs ont remarqué qu'il existait un

lien entre processus psychologiques et maladie (Andersen, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1994; O'Leary, 1990). Simonton et Henson (1993) avancent même que le stress et l'anxiété jouent un rôle majeur dans l'apparition d'une maladie telle que le cancer.

Le stress au point de vue psychique

La présente section définit deux aspects du stress : le rôle joué par le stress face à l'apparition du cancer et le rôle joué par le stress une fois que la maladie est apparue. Il est à noter que c'est ce dernier rôle qui est évalué dans la présente recherche.

En premier lieu, on constate qu'il n'existe pas de consensus face aux conclusions obtenues par les chercheurs étudiant le rôle du stress dans l'apparition du cancer. Selon O'Leary (1990), il serait difficile de douter de l'importance des facteurs psychologiques (émotions vécues face à une situation, traits de personnalité et façon de gérer le stress) dans l'apparition et l'évolution de la maladie. Au cours des décennies passées, les scientifiques se sont attardés à la démythification des gènes responsables des maladies et ont tenté de découvrir des molécules pouvant atténuer ou même guérir les symptômes qui leur sont associés. On peut aussi constater que depuis quelques années, il y a une recrudescence face à l'intérêt des facteurs psychosociaux dans les

maladies immunologiques, ce qui inclut aussi le cancer et les désordres immunitaires comme les maladies infectieuses. Dans le même ordre d'idée, Helgesson, Cabrera, Lapidus, Bengtsson et Lissner (2003) avancent à la suite d'une étude longitudinale, qu'il existe un lien positif entre un taux de stress important (attribué à des événements de vie graves) et l'apparition du cancer du sein.

Par contre, Nielsen, Shang, Kristensen, Netterstrom, Schnohr et Gronbaek (2005) tiennent un discours totalement différent. En effet, ils ont réalisé une étude longitudinale s'étendant sur dix-huit ans et ils concluent que les femmes qui ont un haut taux de stress perçu auraient moins de diagnostics de cancer que les femmes qui indiquent subir un bas niveau de stress.

Ces divergences de résultats démontrent qu'il faut être très prudent avant de conclure au rôle joué par le stress dans l'apparition d'un cancer. Il en est de même en ce qui a trait à l'impact des événements de vie sur l'évolution du pronostic du cancer (Ben Soussan & Julian-Reynier, 2008).

Par contre, lorsqu'on aborde le stress vécu par les personnes quand le cancer apparaît dans leur vie, les auteurs tiennent un discours unanime. Par exemple, Kreitler, Peleg et Ehrenfeld (2007) mentionnent que le stress demeure une des caractéristiques les plus importantes chez les personnes atteintes de

cancer. Selon ces auteurs, le stress vécu se trouve influencé par la sévérité du diagnostic, le côté incertain de la maladie, les traitements médicaux, les difficultés physiques, l'état psychologique, le fonctionnement familial; Norton, Rosenblum, Hernandez, Bergman, Rubin et Carlson et al. (2005) ajoutent à cette liste : l'incapacité de vaquer aux tâches quotidiennes. De plus, la perception qu'a l'individu de sa maladie joue un rôle important au niveau de l'ajustement psychologique relié au stress (Malcarne, Compas, Epping-Jordan, & Howell, 1995). En plus d'être particulièrement vulnérables au stress, les gens affectés par cette maladie constatent qu'ils ont un problème social : la maladie. Le cancer vient souvent faire naître, chez celui qui en est atteint, le sentiment que sa vie peut prendre fin à n'importe quel moment. Cette perception, ainsi que l'incertitude d'une guérison souhaitée, la confusion face à une éventuelle rechute, la prédiction des risques et des bénéfices d'un traitement proposé sont tous des facteurs influençant directement le niveau de stress vécu par la personne (Razavi & Delvaux, 1998).

De plus, Knobf, Pasacreta, Valentine et McCorkle (1998) et Moor, Moor, Basen-Engquist, Kudelka, Bevers et Cohen (2006) avancent que lorsque la personne atteinte de cancer se trouve en cours de traitement de chimiothérapie, son niveau de détresse émotionnel augmente. L'étiologie de cette détresse demeure complexe et peut être influencée par de multiples facteurs tels l'âge, le diagnostic, le stade de la maladie, le type de chimiothérapie administrée et des

caractéristiques individuelles (personnalité, façon de gérer le stress, lieu de contrôle, etc.).

Par ailleurs, Kreitler et al. (2007) mentionnent qu'il est important de ne pas s'attarder uniquement aux stressseurs, mais à l'expérience de stress vécue en tant que telle. Selon eux, il est primordial de diminuer le niveau de stress vécu par la personne concernée. Afin d'y parvenir, il faut augmenter le sentiment d'auto efficacité de la personne. Les chercheurs suggèrent d'avoir un bon réseau social, de faire de l'exercice physique et de faire usage de différentes techniques de relaxation. Aussi, Heim, Augistiny, Schaffner et Valach (1993) avancent même que le fait d'avoir un cancer n'est pas un événement stressant isolé. Il s'agit plutôt d'une série d'événements stressants qui sont tous en interrelations les uns avec les autres.

Bref, nous pouvons constater qu'il n'existe pas de consensus au niveau des chercheurs. En effet, certains sont convaincus de l'impact du stress dans l'apparition et le déroulement de la maladie alors que pour d'autres, la variable du stress a autant d'importance que les facteurs biologiques, héréditaires et environnementaux.

La solitude

Caractéristiques de la solitude

L'humain est un être fondamentalement social. Il est fait pour vivre en famille, en communauté et quand il n'a plus ce genre de contact, il en souffre. Toutefois, certains individus sont de nature plus indépendante et ont l'habitude d'avoir une certaine distance face aux autres. L'établissement et le maintien de relations avec les autres sont des moyens de survivre, de se développer et de progresser au niveau émotionnel (Hawkley & Cacioppo, 2003). Les gens souffrant de solitude auraient davantage de comportements déficients au niveau des relations interpersonnelles : timidité, faible niveau d'affirmation de soi, introversion. Il a été démontré que les gens souffrant de solitude ne possèdent pas les habiletés nécessaires pour démarrer et développer des relations interpersonnelles satisfaisantes (Millard, 1994; Rook, 1987). De plus, Newsom, Mahan, Rook et Krause (2008), Rokach (2000) et Rokach, Orzeck, Moya et Expósito (2002) avancent que la solitude serait directement reliée à des maladies comme la dépression, le suicide, l'agressivité, une faible estime de soi et augmenterait la vulnérabilité face aux problèmes de santé.

De plus, il est important de différencier la solitude et le concept du sentiment de solitude. La solitude réfère au fait d'être physiquement éloigné de personnes significatives (Tomaka, Thompson & Palacios, 2006). Pour sa part, le

sentiment de solitude est ce qu'éprouve, de façon subjective, une personne qui se sent seule, lorsqu'elle n'a pas autant de contacts qu'elle le désire ou que ces derniers ne comblent pas ses besoins (Ernst & Cacioppo, 1999). Selon Sand et Strang (2006), une telle expérience est considérée comme négative et est très difficile à vivre. Comme l'avance aussi Hannoun (1993), une personne vivant de la solitude n'est pas forcément une personne isolée. Selon cet auteur, le sentiment de solitude n'est pas nécessairement vécu dans une situation d'isolement physique, mais plutôt sur « différents modes d'intériorisation personnelle ». Les gens qui se sentent seuls attribuent leur solitude à des causes internes et stables. Ils se perçoivent comme ayant peu de contrôle, ils ont une perception négative d'eux mêmes, ils se sentent coupables de leur faible capacité d'entrer en relation avec les autres (Rokach et al., 2002) et se sentent inadéquats (Rook, 1987). La distinction entre le support social perçu et l'évaluation objective du support social aurait même des impacts au niveau biologique. Une méta-analyse réalisée par Uchino, Cacioppo et Kiecolt-Glaser, en 1996, révèle que le support social perçu joue un rôle important au niveau de l'activité anatomique. Le fait de se percevoir bien entouré favoriserait une faible pression sanguine, une amélioration de la réponse auto-immune et un faible niveau d'hormones du stress présent dans le sang.

Bref, comme l'avance Ernst et Cacioppo (1999), Newsom et al. (2008), Rokach et al. (2002) et Rockach (2000), le sentiment de solitude peut avoir de

nombreuses répercussions, autant psychologiques que physiques, chez un individu qui se perçoit mal entouré.

La solitude et la maladie

La présente section clarifie deux aspects majeurs de la solitude : l'importance de la qualité du lien affectif et le rôle joué par la solitude face à la maladie.

En ce qui concerne la qualité du lien, il nous semble important de distinguer deux types de relation : camaraderie et relation intime. Tel que l'avance Rook (1987), la première est plus utile lors des tracas quotidiens, car elle permet de se distraire. On observe alors un changement de l'humeur et des idées. Toutefois, le deuxième type de relation devient beaucoup plus important lorsque l'individu se trouve confronté à un stress majeur (Holland, 1998). À titre d'exemple, un(e) conjoint(e) connaît beaucoup mieux son(sa) partenaire et apparaît plus en mesure de lui offrir un support plus adéquat par sa présence, son écoute et son attention.

En effet, l'annonce d'un diagnostic sévère de maladie projette la personne dans une kyrielle d'émotions toutes aussi fortes les unes que les autres. Peur, rage, apitoiement, sentiment de perte de contrôle et colère; toutes ces émotions

deviennent envahissantes. Simonton et al., (2001) mentionnent qu'il est primordial d'être soutenu par des proches pour le support psychologique. Le fait d'avoir des relations significatives avec une personne, (ex : un conjoint), prédit de meilleures capacités d'ajustement aux stressseurs (Bolger, Foster, Vinokur, & Ng, 1996; Holland, 1998). Ces relations avec autrui sont tellement importantes qu'elles influencent directement la sphère « bio-psycho-sociale » de l'individu et ont un impact direct sur la santé de ce dernier. Selon Bolger et al. (1996), tout ce qui a pour but de promouvoir un sentiment d'amour, d'intimité et un sentiment d'appartenance a un effet guérisseur.

En second lieu, en ce qui concerne le sentiment de solitude face à la maladie, nous pouvons constater plusieurs éléments. En effet, le fait d'être atteint d'une maladie grave réduit les opportunités d'établir des contacts et par le même fait, le support social. Le sentiment de solitude chez les gens atteints de cancer, et ses causes, est différent de celui rencontré dans la population générale (Rokach, 2003). Un autre élément qui peut contribuer à augmenter le sentiment de solitude de la personne atteinte de cancer est l'arrêt temporaire de sa fonction professionnelle (Holland, 1998). En effet, pour certaines personnes, leur emploi apparaît comme l'endroit où elles sont appelées à socialiser et à échanger sur leur vécu et leur quotidien.

Aussi, une des difficultés majeures rencontrées par les patients atteints de cancer consiste dans le fait de maintenir les relations qu'ils avaient avant de connaître leur diagnostic. En effet, la nature fondamentale de l'être humain étant d'éviter tout ce qui concerne de proche ou de loin la douleur, certains individus s'éloignent de la personne atteinte de maladie (Rokach, 2000), ce qui est d'autant plus vrai lorsque la personne se trouve atteinte d'une maladie qui fait peur comme le cancer. Selon Rokach (2000), le cancer amène de nombreux changements physiques qui peuvent insécuriser au point d'en venir à éviter les contacts avec les personnes atteintes de cancer; par exemple, la fluctuation de la formule sanguine, la perte des cheveux, les problèmes buccaux et les réactions dermatologiques. La douleur associée au cancer peut aussi faire diminuer les niveaux d'activités et les capacités de l'individu. Ces bouleversements d'habitudes et de vécu nécessitent un degré d'implication supérieur pour l'entourage des personnes atteintes de cancer (Arraras, Wright, Jusue, Tejedor, & Calvo, 2002). Bref, les multiples changements vécus par les patients atteints de cancer sont particulièrement susceptibles de leur faire vivre de la solitude (Rokach, 2000).

Comme l'avance ce dernier auteur, plus le cancer progresse, plus les opportunités de participer à des activités sociales diminuent à cause des pertes de la capacité physique découlant du cancer. Il est constaté qu'approximativement 50 % des personnes atteintes de cancer qui vivent de la

solitude l'associent directement à la maladie. De plus, la culture nord-américaine véhicule une peur de la mort et des processus entourant cette dernière. Donc, plus le patient approche de la mort, plus son expérience de la solitude augmente.

Tel que l'avancent Rokach (2003) et Simonton et al., (2001), les gens qui deviennent malades et qui sont atteints de maux importants, telle une néoplasie (formation d'un tissu tumoral cancéreux), doivent changer leurs comportements et par conséquent, leurs proches, famille ou amis, doivent modifier leurs attentes et leurs comportements. Habituellement, les personnes atteintes de cancer citent leur conjoint(e) comme la source la plus importante de support. Toutefois, la littérature suggère que les amis et les autres membres de la famille sont aussi des sources importantes de support et de compagnie (Norton et al., 2005).

Trop souvent, les malades doivent composer avec des difficultés émotionnelles, des difficultés financières et des inquiétudes face au processus médical. La détresse psychologique peut être présente, ou s'intensifier, à toutes les phases du processus de la maladie en cours (Dolbeault et al., 2007). Selon Jimmie Holland, médecin et pionnière en oncologie, il est nécessaire d'évaluer adéquatement cette détresse afin d'y répondre adéquatement. Elle a d'ailleurs participé à l'élaboration d'outils (American Psychosocial Oncology Society,

2006) permettant d'évaluer les dimensions psychologiques et psychiatriques des symptômes reliés au cancer (détresse psychologique, anxiété, dépression, désordres psychiatriques et cancer, etc.)

Bref, les personnes atteintes de cancer se retrouvent moins disponibles pour côtoyer leur entourage, ce qui fait qu'elles sont souvent insatisfaites de la qualité de leurs relations avec leurs proches (Rokach, 2003). Parfois, le support reçu par les différents professionnels de la santé et par les participants des groupes de support pour personnes atteintes de cancer contribue à diminuer leurs insatisfactions face aux relations intimes et par conséquent, atténue leur sentiment de solitude (Dolbeault et al., 2007; Holland, 1998; Rokach, 2003). Toutefois, il faut nuancer ces propos. En effet, il peut y avoir présence de certains conflits entre la famille du « soigné » et l'équipe de soignants, ce qui contribue à renforcer le sentiment de solitude vécu par le malade. En effet, tel que l'avancent Dolbeault et al. (2007), certaines familles ont l'impression de se faire « voler » leur proche, car le personnel soignant s'investit trop auprès du malade. De plus, il peut arriver que la famille exige que les soignants ne divulguent pas à leur proche des informations quant à la situation de son état de santé. Il se peut aussi que la communication entre la famille et les équipes soignantes soit absente ce qui va amener le doute, et parfois un sentiment d'exclusion, de rejet et de solitude. La personne atteinte de cancer peut se retrouver « coincée » entre ses proches et l'équipe qui prend soin d'elle, ce qui

peut entraîner un accroissement de son sentiment de solitude. Aussi, tel que le stipule Holland (1998), la perception de la personne atteinte de cancer face à son équipe soignante influence son sentiment de solitude. En effet, si la personne ne se sent pas à l'aise avec son oncologue, qu'elle a l'impression de ne pas pouvoir établir de liens avec les infirmières et les autres professionnels de la clinique d'oncologie, cela peut faire fluctuer son sentiment de solitude.

Holland et Lewis (2000) parlent de l'impact d'un diagnostic de cancer sur la vie d'une famille. Souvent, les « aidants naturels » sont les membres de la famille du malade (le conjoint ou le parent). Si la vie de la personne atteinte de cancer est totalement chamboulée (arrêt du travail, traitements, relocalisation temporaire pour administration de radiothérapie, etc.), l'aidant naturel apporte aussi de grandes modifications à son quotidien (modification de l'horaire de travail, visites à l'hôpital, accompagnement durant les moments difficiles, etc.) allant même jusqu'à apporter des modifications au domicile afin que la vie de famille soit perturbée le moins possible. Ces grandes modifications dans les habitudes de vie, autant chez le malade que chez l'aidant naturel, peuvent être sources de tristesse, d'isolement et de sentiment de solitude.

L'une des sources de stress les plus importantes pour un individu atteint de cancer est la piètre qualité des interactions vécues avec ses proches et ses amis (Norton et al., 2005). En effet, l'entourage de la personne atteinte peut

émettre des critiques face à la façon de composer avec la maladie, il peut y avoir de l'évitement physique et une minimisation des possibles conséquences d'une maladie telle que le cancer. Aussi, un évitement d'échanges au sujet de la maladie, de la part des proches de la personne atteinte, peut faire entrevoir de façon très négative les interactions et le support offert par les personnes significatives du malade. Norton et al. (2005) démontrent également que les personnes atteintes de néoplasie qui n'ont pas un conjoint leur apportant un support adéquat subissent une diminution de leur estime de soi.

En résumé, lorsqu'une maladie grave survient, la vie bascule. Cette dernière se retrouve chamboulée, les personnes impliquées perdent momentanément leurs points de repères. Celles-ci ressentent de la solitude, à ce moment précis de leur vie et vivent plus de difficultés sur plusieurs plans. Le fait d'être entouré de personnes significatives permet de mieux affronter ces difficultés ainsi que la complexité du processus médical entourant un diagnostic de cancer.

Le lieu de contrôle

Le concept du lieu de contrôle a été avancé par Rotter dans le contexte de la théorie de l'apprentissage social (De Valck & Vinck, 1996; Libert, Merckaert,

Reynaert, Delvaux, Marchal, Etienne et al., 2007, Muhonen & Torkelson, 2004). Selon cette théorie, c'est en vivant diverses expériences que l'individu se crée une vision généralisée de ce qui contrôle sa vie (Rotter, 1966). Plus précisément, le lieu de contrôle réside dans l'attribution de la causalité des événements qui surviennent dans le quotidien d'une personne (Pelletier, Alfano, & Fink, 1994). Le lieu de contrôle est une variable importante dans le monde de la recherche; l'échelle de Rotter, qui est définie en lieu de contrôle interne et en lieu de contrôle externe, est largement utilisée dans différentes études (Muhonen & Torkelson, 2004).

La personne ayant un lieu de contrôle interne croit qu'elle a du contrôle sur ses comportements, qu'elle a une part de responsabilité dans ce qui lui arrive. Au contraire, l'individu avec un lieu de contrôle externe est persuadé que ce qui lui arrive est le résultat de la chance, du hasard, de personnages tout-puissants ou encore du destin (Carver, Harris, Lehman, Durel, Antoni, Spencer et al., 2000; De Valck & Vinck, 1996; Marks, Richardson, Graham, & Levine, 1986; Turmel, 1999; Williams & Koocher, 1998). Cette perception de contrôle des événements constitue une dimension stable chez une personne. Il s'agit du fait de croire qu'il existe une relation causale entre les gestes posés et les conséquences qui en découlent (Dubois, 1987).

Influence du lieu de contrôle chez les personnes atteintes de cancer

Le concept du lieu de contrôle se définit comme étant multidimensionnel (Zarit, Pearlin, & Schaie, 2003) et peut s'appliquer à de multiples domaines. Wallston, Wallston et DeVellis (1978) ont proposé un lieu de contrôle directement en lien avec l'univers médical et la psychologie de la santé. Williams et Koocher (1998) le définissent comme l'ensemble des croyances qu'un individu possède en regard de l'influence qu'il peut avoir sur le maintien de sa santé et sur l'apparition et le cours de sa maladie. Le lieu de contrôle de la santé comporte deux sphères. La première, le lieu de contrôle interne de la santé dans lequel le résultat obtenu correspond à des caractéristiques personnelles et est le résultat de nos actions. La seconde, le lieu de contrôle externe de la santé ou tout se trouve contrôlé par la chance, le destin, les forces surnaturelles ou encore, les médecins. Wallston et al. (1978) et Rowe, Montgomery, Duberstein et Bovberg (2005), ont une même définition du lieu de contrôle relié à la santé. Ils préconisent que les individus avec un lieu de contrôle interne croient que leurs propres actions et les gestes qu'ils posent déterminent les conséquences face à leur état de santé. Au contraire, les personnes ayant un lieu de contrôle de la santé externe croient que se sont les autres qui vont déterminer leur état de santé, comme les docteurs, les infirmières, ou les membres de leur famille. Elles peuvent aussi penser que leur maladie est due au destin ou à la malchance. Plus concrètement, une personne

affirmant que le cancer dont elle est atteinte réside dans une punition de Dieu, qu'elle subit son destin et que seul le médecin peut l'aider, démontre un lieu de contrôle externe. Au contraire, si cette dernière a un lieu de contrôle interne, elle va associer le diagnostic à un manque d'exercice, au fait d'avoir fumé durant de nombreuses années et sera aussi convaincue que par ses comportements, elle peut faciliter son processus de traitement.

Néanmoins, même si le fait d'avoir un lieu de contrôle interne est habituellement associé avec de meilleures capacités d'adaptation chez les personnes en bonne santé qui ne sont pas dépressives, cela peut être le contraire chez les personnes atteintes de cancer. En effet, tel que l'avance Taylor, Lichtman et Wood en 1984 et Naus, Price et Peter (2005), le fait de se blâmer indûment pour l'apparition du cancer, attitude découlant du lieu de contrôle interne, peut être très malsain pour une personne ayant un diagnostic de néoplasie.

Plusieurs facteurs influencent la stabilité du lieu de contrôle relié à la santé (De Valck & Vinck, 1996; Williams & Koocher, 1998). Il a été démontré que lors de la présence d'une maladie grave (p. ex. le cancer), qui nécessite un long plan de traitement, lequel est invasif et toxique, le lieu de contrôle peut subir des fluctuations (Marks et al., 1986).

La façon dont la personne perçoit le contrôle, durant la maladie, aura une influence directe sur son comportement envers le système de soins de santé (Burns & Mahalik, 2006). Les personnes atteintes de cancer qui croient fermement au pouvoir des autres suivront rigoureusement le plan de traitement proposé. Aussi, confrontées aux mêmes situations anxiogènes, elles vivront plus de détresse psychologique que les individus qui ont un lieu de contrôle interne. Par exemple, lorsque le médecin n'est pas disponible, lorsque le traitement doit être cessé, lorsqu'elles ont la perception que les professionnels de la santé ne peuvent prédire l'issue de la maladie ou lorsque la maladie devient incurable (Andrykowski & Brady, 1994; Williams & Koocher, 1998). En effet, étant donné qu'elles ont l'impression que seuls les autres peuvent influencer le cours de leur maladie, elles sont déstabilisées lorsque les membres de l'équipe médicale leur font part de leur impuissance face à la maladie. De plus, les personnes qui pensent que la maladie est due à la malchance auront des relations tendues avec l'équipe médicale. Ces dernières ont aussi tendance à vivre plus de symptômes dépressifs et d'anxiété (Marks et al., 1986; Naus et al., 2005; Williams & Koocher, 1998). De plus, une faible perception de contrôle est associée à une plus grande symptomatologie de facteurs dépressifs (Carver et al., 2000; Naus et al., 2005). Cette association existe aussi pour les populations atteintes de maladies chroniques telles que l'arthrite, les problèmes cardiaques et le VIH (Newsom, Knapp, & Schulz, 1996). Le lieu de contrôle joue également un rôle important au niveau de la douleur. Arraras et al. (2002)

avancent que le rôle joué par le lieu de contrôle est plus difficile à mesurer lors d'un cancer. Toutefois, Toomey, Mann, Abashian et Thompson-Pope, en 1991, en évaluant des personnes atteintes de migraines chroniques, avancent que les patients ayant un lieu de contrôle interne décrivent leur douleur comme étant moins fréquente et moins intense que les personnes ayant un lieu de contrôle externe.

Les personnes atteintes de cancer qui ont l'impression d'avoir du contrôle sur les symptômes reliés à leur maladie ont de meilleures capacités d'adaptation (Lin & Tsay, 2005; Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh, & Wolters, 2002), ont de meilleures stratégies de coping (Lin & Tsay, 2005), possèdent une meilleure santé psychologique (Pelletier et al., 1994; Zarit et al., 2003) et souffrent moins d'anxiété, de dépression et de stress (Carver et al., 2000; Newsom et al., 1996). Selon De Valck et Vinck (1996), les personnes ayant un lieu de contrôle interne sont plus attentives à d'éventuels symptômes physiques, sont plus sensibles aux changements vécus au niveau corporel et rapportent plus les effets secondaires dus aux traitements, que les personnes ayant un lieu de contrôle externe.

Les recherches basées sur le concept du lieu de contrôle versus le sexe de l'individu n'ont pas révélées de résultats significatifs (Muhonen & Torkelson, 2004). Toutefois, certains auteurs (Williams & Koocher, 1998) avancent que les

hommes ont davantage un lieu de contrôle interne. En ce qui a trait à la variation dans le temps, Pinguart, Fröhlich et Sibereisen (2007) avancent qu'en cours de traitement de chimiothérapie et ce, même si ce dernier est à visée curative, le niveau d'optimisme, l'estime de soi ainsi que le lieu de contrôle interne de la santé ont tendance à décliner. En effet, même si avant le début de la série de traitements, les personnes pensent qu'elles peuvent avoir un impact sur l'évolution du cours de la maladie, cette perception de contrôle diminue avec le temps. Cette baisse serait reliée aux importants stressseurs associés au diagnostic de cancer et aux traitements entourant ce dernier.

Un autre élément peut également faire varier l'impact du stress vécu, en fonction du lieu de contrôle de la santé, chez les personnes atteintes de cancer. En effet, Bettencourt, Talley, Molix, Schlegle, Westgate (2008), mentionnent que les personnes ayant un lieu de contrôle externe, qui demeurent dans une zone rurale, ressentent moins de stress et de détresse psychologique, que celles qui demeurent dans une zone urbaine. En effet, en zone rurale, les gens ont l'habitude de pouvoir se fier sur l'entraide et le support de leur voisinage, ce qui n'est pas le cas pour les habitants de la ville. Cela nous permet de constater, une fois de plus, que le lieu de contrôle peut subir diverses fluctuations à cause de variables modératrices.

La perception de contrôle et de maîtrise face à la maladie a un impact dans la perte des capacités physiques et sur la détresse psychologique. Les patients voient les difficultés qu'ils ont à accomplir leurs tâches quotidiennes comme une évidence de leur incapacité à contrôler la maladie et ses effets indésirables. La littérature indique que l'affaiblissement physique est associé à une diminution de la perception de contrôle chez les patients atteints d'une maladie chronique. De plus, une perception de contrôle interne a été associée à un meilleur fonctionnement physique parmi les patients atteints de cancer. La perception de contrôle apparaît donc très importante chez les personnes atteintes de maladie chronique telle que le cancer (Norton et al., 2005).

Objectif et hypothèses de recherche

Même si les chercheurs n'obtiennent pas un consensus en ce qui a trait à l'implication du stress dans l'apparition d'un diagnostic de cancer (Andersen, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1994; Antoni & Lutgendorf, 2007; Chrousos & Gold, 1992; Nielsen et al., 2005; O'Leary, 1990; Simonton et al., 1982; Simonton & Henson, 1993), ils ne mettent pas en doute l'importance de cette variable lorsqu'il y a présence de cancer (Kreitler et al., 2007; Norton et al., 2005; Malcarne et al., 1995; Razavi & Delvaux, 1998).

De plus, la présence du sentiment de solitude chez les personnes atteintes de cancer est une variable souvent présente. Norton et al. (2005), Rokach et al. (2002) et Rook, (1987) parlent de l'importance de se sentir bien entouré et supporté. Selon eux, le niveau de stress vécu par les personnes atteintes de cancer se retrouve directement influencé par le sentiment de solitude qu'elles ressentent. Pour sa part, le lieu de contrôle de la santé influence également le vécu des personnes ayant un diagnostic de cancer. En effet, plusieurs chercheurs ont démontré que les personnes ayant un lieu de contrôle de la santé interne ont de meilleures capacités d'adaptation (Lin & Tsay, 2005; Naus et al., 2005; Pelletier et al., 1994; Taylor et al., 1984; Zarit et al., 2003). À l'inverse, les individus avec un lieu de contrôle de la santé externe ont plus de symptômes dépressifs et d'anxiété (Marks et al., 1986; Naus et al., 2005; Williams & Koocher, 1998). Bien que les interactions de ces trois variables aient été évaluées avec d'autres maladies chroniques, il demeure pertinent de vérifier quels sont les rôles joués par ces trois variables chez les personnes qui ont un diagnostic de cancer. Les effets du lieu de contrôle en regard du sentiment de solitude vécu ne sont pas décrits dans la littérature. Aussi, il est intéressant de voir quelles interactions peuvent être présentes entre le lieu de contrôle de la santé interne, le stress et le sentiment de solitude.

Donc, l'objectif de la présente recherche est d'étudier et de vérifier les interactions possibles existant entre les variables du stress, de la solitude et du

lieu de contrôle de la santé chez les personnes atteintes de cancer. À partir de ces objectifs, les hypothèses de recherches suivantes sont formulées :

- 1) Les personnes atteintes de cancer, en cours de traitements de chimiothérapie, qui ont un lieu de contrôle de la santé interne, vivent moins de stress et moins de solitude.
- 2) Les personnes atteintes de cancer, en cours de traitement de chimiothérapie, qui disent vivre plus de solitude ont tendance à vivre plus de stress.

Méthodologie

Ce chapitre comprend trois parties. La première section comporte une description de l'échantillon de personnes atteintes de cancer. La deuxième partie décrit le déroulement précis de l'expérimentation. La dernière section présente les instruments de mesure utilisés dans le cadre de cette recherche.

Les participants

L'échantillon se trouve composé de 77 personnes, dont 49 femmes (63,6 %) et 28 hommes (36,4 %) âgés de 37 à 78 ans ($M = 58,48$ ans, $ÉT = 9,40$). Le niveau de scolarité minimal est une 6^e année alors que le niveau le plus élevé est une 17^e année ($M = 11,9$, $ÉT = 2,81$). Parmi ces gens, 31,2 % ont terminé un cours universitaire, 29,8 % un cours collégial, 9,5 % un cours secondaire et 2,7 % un cours primaire.

En ce qui a trait au statut marital, 9 % sont célibataires, 70 % sont mariés ou conjoints de fait, 13 % sont séparés ou divorcés et 3 % sont veufs. Il est à noter que 3 % de la population de l'échantillon n'ont pas répondu à cette question.

Pour ce qui est du diagnostic, 39,5 % ont un cancer du sein (30 femmes), 46 % ont un cancer colo-rectal (12 femmes et 23 hommes), 9 % ont un

lymphome (3 femmes et 4 hommes), 4 % ont une leucémie (3 femmes), 1,5 % ont un sarcome (1 homme) et une personne n'a pas donné d'indication. Afin de préciser le diagnostic, les répondants ont été classés selon le stade d'évolution (1, 2, 3 ou 4) de la maladie, c'est-à-dire selon le degré de malignité du cancer dont ils sont atteints (Société canadienne du cancer, 2008). Parmi les répondants, 17 % (13 personnes) de l'échantillon sont atteints d'un cancer de stade 1, 54 % (41 personnes) sont atteints au stade 2, 27 % (21 personnes) ont un cancer de stade 3 et deux personnes n'ont pas mentionné le stade de la maladie.

Le déroulement de l'expérimentation

Tous les participants ont été recrutés au Centre de services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable (CSSSAÉ), au point de service Hôtel-Dieu d'Arthabaska. Ces derniers étaient abordés durant leur traitement de chimiothérapie par la chercheure. Ils étaient rencontrés de façon individuelle afin de les inviter à participer à l'étude au moment de leur traitement de chimiothérapie. La chercheure, après les formalités d'usage, informait le participant que son implication consistait à remplir quatre questionnaires, tout cela pour une durée approximative de 45 à 55 minutes. Après les avoir assurés de la confidentialité de leurs réponses et l'obtention de leur consentement écrit, un cahier contenant les quatre questionnaires leur était remis. Une fois les

questionnaires complétés, le participant remettait le tout, dans une enveloppe cachetée, à l'infirmière de la clinique d'oncologie. Tous les participants ont complété les questionnaires sur une base volontaire et sans aucune rémunération. En tout, 103 personnes ont été abordées. De ce nombre, 24 ont refusé de participer à l'étude et deux personnes ont été retirées de la recherche, au moment de la compilation des données, car elles étaient atteintes d'une néoplasie de stade 4. Avec cette méthode, 77 participants ont été retenus. Compte tenu de l'approche utilisée, il n'y a eu aucun abandon au cours de la recherche. La période de recrutement des participants a débuté en mai 2005 et s'est terminée en janvier 2008.

Les instruments de mesure

UCLA Loneliness Scale

Le sentiment de solitude est évalué à l'aide du UCLA Loneliness Scale (Russel, Peplau et Cutrona, 1980). Cette échelle comporte 20 items évalués à l'aide d'une échelle de type Likert en 4 points allant de (1 : jamais) à (4 : souvent). La personne qui complète le questionnaire est invitée à indiquer le nombre de fois où un sentiment de solitude est survenu dans sa vie. Pour la présente recherche, la validation canadienne-française de De Grâce, Joshi et Pelletier (1993) a été utilisée : l'Échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL). Cette validation a été réalisée auprès d'étudiants universitaires et de personnes

du troisième âge. Russel et al. (1980), rapportent un coefficient alpha test-retest de 0,73 et un alpha de Crombach de 0,94 pour la version anglaise originale. La version française montre un coefficient de cohérence interne (alpha de Crombach) de 0,88. De plus, les coefficients de corrélation test-retest sont de 0,86 (pour les femmes) et de 0,84 (pour les hommes) et ce, à huit semaines d'intervalle. Donc, l'ÉSUL possède des caractéristiques psychométriques fiables et ce, autant auprès d'une population jeune ou moins jeune. Les résultats sont comparables à ceux obtenus avec la UCLA Loneliness Scale (Russel et al., 1980).

Multidimensional Health Locus Control Scales

L'évaluation de la perception de contrôle sur la santé a été mesurée avec le Multidimensional Health Locus Control Scales (MHLC-C) de Wallston et al. (1978). Ce questionnaire comprend 18 items qui mesurent quatre dimensions. Six items mesurent la perception de contrôle sur la santé, trois portent sur le pouvoir du médecin, trois items évaluent le pouvoir des autres et six items mesurent la chance. L'échelle de mesure est de type Likert allant de « 1 » (*tout à fait en désaccord*) à « 4 » (*tout à fait d'accord*). La version anglaise a vérifié la validité et la fidélité de l'instrument auprès d'une population atteinte de différents problèmes de santé : diabète, hypertension, épilepsie, insuffisance rénale chronique et auprès de patients étant sous traitements de chimiothérapie. Les coefficients alpha observés pour le lieu de contrôle interne de la santé, varient

de 0,61 à 0,80. En ce qui a trait au pouvoir du médecin et des autres, les coefficients varient de 0,56 à 0,75. Les coefficients reliés à la dimension « chance » varient de 0,55 à 0,83. Selon Lefcourt (1991), les coefficients de fidélité test-retest effectués après 4 à 6 mois subissent des variations entre 0,66 et 0,73. Wallston, Stein, & Smith (1994) ont aussi vérifié les indices de fidélité et de validité auprès de gens atteints d'arthrite, de maux chroniques, de diabète et de cancer. Leurs coefficients de cohérence interne varient de 0,85 à 0,87 pour le lieu de contrôle interne de la santé, de 0,79 à 0,82 en ce qui a trait à la chance et de 0,70 à 0,71 pour le pouvoir des médecins et des autres. Pour cette étude, une traduction française réalisée par Moreau et Fortin (1982) a été utilisée. Une analyse de la fidélité de la traduction française de cet instrument a été réalisée (Perron, 2005). Les coefficients alpha se situent 0,79 et 0,82 pour la perception de contrôle sur la santé, entre 0,70 et 0,76 en ce qui a trait au pouvoir du médecin et entre 0,83 et 0,84 pour la chance. Toutefois, pour la sous-échelle du pouvoir des autres, les résultats présentent un coefficient alpha faible de 0,39 au pré-test et de 0,61 au post-test. Il est donc prudent d'interpréter cette échelle avec précaution.

Mesure de stress psychologique

Le niveau de stress est évalué à l'aide de la Mesure de stress psychologique (MSP-B) (Lemyre & Tessier, 1990). Ces auteurs voulaient élaborer un instrument qui soit, au point de vue méthodologique, indépendant

des sources de stress vécu par l'individu. Il s'agit d'un test qui a été validé auprès d'une population québécoise. Il a été conçu à partir de 49 items suggérés par des groupes de discussion échangeant sur le concept du stress. L'intensité de l'expérience « se sentir stressé » s'évalue selon quatre types d'indicateurs : affectifs, physiologiques, comportementaux et cognitifs. Il existe plusieurs versions, longue ou abrégée, de cet instrument de mesure. Dans la présente recherche, la version abrégée a été privilégiée afin de ne pas alourdir la tâche des participants. Le questionnaire est composé de 25 items évalués avec une échelle de type Likert en 8 points allant de 1 (pas du tout) à 8 (énormément). La personne doit se fier au stress qu'elle a vécu dans les 4 à 5 derniers jours précédant l'évaluation. Cette version abrégée démontre un alpha de Crombach de 0,92. La MSP-B démontre une fidélité test-retest de 0,56 sur un intervalle de deux semaines (Lemyre & Tessier, 1990).

En conclusion, chacun des éléments présentés dans cette partie a été privilégié afin d'atteindre les objectifs de la présente recherche.

Présentation des résultats

L'objectif du présent chapitre est de présenter le plan d'analyse statistique retenu et les résultats obtenus face aux différentes hypothèses mises à l'étude dans le cadre de cette recherche. En première partie, le plan d'analyse choisi afin de vérifier les hypothèses de recherche sera présenté. Par la suite, il y a la description de l'analyse de l'effet de la variable indépendante (lieu de contrôle) sur les variables dépendantes (stress et solitude), tel que le stipule la première hypothèse sera démontré. Finalement, les résultats des analyses qui permettent de vérifier la deuxième hypothèse de recherche seront présentés.

Résultats

Afin de vérifier la variabilité de la variable dépendante, tout en tenant compte de l'influence des variables indépendantes, la régression multiple hiérarchique est l'analyse statistique de mise. Cela permet ainsi au chercheur de garder le contrôle sur l'ordre d'entrée des variables dans l'équation de régression. Ainsi, l'analyse se fait une étape à la fois et il est possible de déterminer si l'ajout d'une, ou de plusieurs variables, permet d'augmenter de façon significative le pourcentage de variance expliquée de la variable dépendante. Avec ce type de régression, le chercheur porte une attention particulière à la variation du R (et du R^2) causée par l'ajout d'une variable dans

l'équation. Afin de vérifier s'il y a une augmentation significative de la variance expliquée, il faut effectuer un test F de Fisher. Finalement, il n'y a que les coefficients B et bêtas de l'équation finale qui sont examinés et pris en considération dans le rapport de recherche (Baillargeon, 2008).

En premier lieu, il convient de situer les résultats moyens des participants aux différentes variables à l'étude afin de vérifier l'effet de la variable indépendante (lieu de contrôle) sur les variables dépendantes (stress et solitude). Pour l'ensemble des sujets, la moyenne est de 76,39 ($ÉT = 22,85$) pour le stress, 35,64 ($ÉT = 6,65$) pour la solitude et 44,01 ($ÉT = 7,28$) pour le lieu de contrôle. Pour le groupe des femmes, la moyenne est de 77,08 ($ÉT = 21,89$) pour le stress, 35,14 ($ÉT = 6,71$) pour la solitude et 43,12 ($ÉT = 5,8$) pour le lieu de contrôle. En ce qui a trait aux hommes, les résultats obtenus sont en moyenne 75,17 ($ÉT = 24,8$) pour le stress, 36,5 ($ÉT = 6,58$) pour la solitude et 45,57 ($ÉT = 9,25$) pour le lieu de contrôle. Pour toutes ces variables, il n'y a aucune différence significative selon le sexe.

Pour vérifier la première hypothèse, c'est-à-dire si le lieu de contrôle contribue de façon significative à prédire le stress, une régression multiple est effectuée en entrant, dans une première étape, les variables sociodémographiques, puis la variable du lieu de contrôle en seconde étape. Une fois les variables sociodémographiques contrôlées à l'Étape 1, l'ajout de la

Tableau 1

Analyse de régression multiple hiérarchique prédisant le stress à partir des variables sociodémographiques et du lieu de contrôle total (N=77)

| | R^2 | ΔR^2 | B | $\acute{E}.T.$ | $B\acute{e}ta$ |
|--------------------------------|-------|--------------|-------|----------------|----------------|
| Étape 1 Sociodémo. | 0,05 | | | | |
| Étape 2 Lieu de contrôle total | | 0,07* | | | |
| R^2 total | 0,12* | | | | |
| Constante | | | 35,66 | | |
| Lieu de contrôle total | | | 0,94 | 0,41 | 0,31* |
| Âge | | | -0,20 | 0,35 | -0,83 |
| Stade | | | 0,94 | 3,99 | 0,03 |
| Statut | | | 5,28 | 4,43 | 0,15 |
| Temps diag. | | | 0,91 | 2,67 | 0,04 |
| Sexe | | | -2,73 | 5,83 | -0,06 |

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

variable « Lieu de contrôle total » à l'Étape 2 fait augmenter la variance, ce qui est significatif. À l'étape finale, on peut constater que le lieu de contrôle total est la seule variable significative lorsque toutes les autres variables sont tenues constantes (voir Tableau 1).

Tableau 2

Analyse de régression multiple hiérarchique prédisant le stress à partir des variables sociodémographiques et du lieu de contrôle interne (N=77)

| | R^2 | ΔR^2 | B | $\acute{E}.T.$ | $B\acute{e}ta$ |
|----------------------------------|-------|--------------|-------|----------------|----------------|
| Étape 1 Sociodémo. | 0,05 | | | | |
| Étape 2 Lieu de contrôle interne | | 0,04 | | | |
| $R^2\ total$ | 0,09 | | | | |
| Constante | | | 59,22 | | |
| Lieu de contrôle interne | | | 1,57 | 0,99 | 0,20 |
| Âge | | | -0,30 | 0,35 | -0,12 |
| Stade | | | 2,21 | 4,08 | 0,07 |
| Statut | | | 3,02 | 4,47 | 0,84 |
| Temps diag. | | | 1,62 | 2,72 | 0,08 |
| Sexe | | | -0,16 | 5,79 | -0,01 |

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

Ensuite, lorsque la variable « Lieu de contrôle interne » est ajoutée à l'Étape 2, il n'y a pas d'augmentation significative. Le Tableau 2 montre que le lieu de contrôle interne ne permet pas de prédire de façon significative le stress.

Tableau 3

Analyse de régression multiple hiérarchique prédisant le stress à partir des variables sociodémographiques et du lieu de contrôle externe (N=77)

| | R^2 | ΔR^2 | B | $\acute{E}.T.$ | $B\acute{e}ta$ |
|----------------------------------|-------|--------------|-------|----------------|----------------|
| Étape 1 Sociodémo. | 0,05 | | | | |
| Étape 2 Lieu de contrôle externe | | 0,05* | | | |
| R^2 total | 0,10* | | | | |
| Constante | | | 72,05 | | |
| Lieu de contrôle externe | | | 1,05 | 0,54 | 0,24* |
| Âge | | | -0,39 | 0,33 | -0,16 |
| Stade | | | 0,69 | 4,05 | 0,02 |
| Statut | | | 4,70 | 4,46 | 0,13 |
| Temps diag. | | | 1,17 | 2,70 | 0,60 |
| Sexe | | | -1,27 | 5,80 | -0,03 |

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

Pour vérifier si le lieu de contrôle externe contribue de façon significative à prédire le stress, une régression multiple est effectuée en entrant, dans une première étape, les variables sociodémographiques, puis la variable du lieu de contrôle externe en seconde étape. Une fois les variables sociodémographiques

contrôlées à l'Étape 1, l'ajout de la variable lieu de contrôle à l'Étape 2 fait augmenter la variance, ce qui est significatif. À l'étape finale, on peut constater que le lieu de contrôle externe est la seule variable significative lorsque toutes les autres variables sont tenues constantes.

Les résultats obtenus en ce qui a trait au lieu de contrôle de la santé dû au hasard ne permettent pas de conclure qu'il prédit de façon significative la présence de stress.

En considérant les sous échelles du lieu de contrôle de la santé (lieu de contrôle interne, lieu de contrôle externe ou hasard), seul le lieu de contrôle externe explique une partie significative de la variance du stress (5 %, $p < 0,05$) lorsque les mêmes variables sociodémographiques sont contrôlées.

Par la suite, une autre régression vérifie si le lieu de contrôle contribue à prédire la solitude. Les variables sociodémographiques sont alors entrées en première étape, suivies de la variable lieu de contrôle. Les résultats obtenus ne confirment pas ce pouvoir prédictif. Ces résultats sont présentés au Tableau 4.

Tableau 4

Analyse de régression multiple hiérarchique prédisant la solitude à partir des variables sociodémographiques et du lieu de contrôle total (N=77)

| | R^2 | ΔR^2 | B | $\acute{E}.T.$ | $B\acute{e}ta$ |
|--------------------------------|-------|--------------|-------|----------------|----------------|
| Étape 1 Sociodémo. | 0,07 | | | | |
| Étape 2 Lieu de contrôle total | | 0,01 | | | |
| R^2 total | 0,08 | | | | |
| Constante | | | 20,84 | | |
| Lieu de contrôle total | | | 0,09 | 0,13 | 0,11 |
| Âge | | | 0,12 | 0,11 | 0,16 |
| Stade | | | 0,57 | 1,24 | 0,06 |
| Statut | | | -0,79 | 1,38 | -0,07 |
| Temps diag. | | | 1,50 | 0,83 | 0,24 |
| Sexe | | | 0,36 | 1,81 | 0,03 |

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

Afin de vérifier le modèle théorique de la deuxième hypothèse, c'est-à-dire si la solitude contribue de façon significative à prédire le stress, une dernière régression multiple hiérarchique a été effectuée en entrant dans une première étape les variables sociodémographiques, puis la variable lieu de contrôle, avant d'insérer la solitude en troisième étape. L'ensemble des variables

Tableau 5

Analyse de régression multiple hiérarchique prédisant le stress à partir des variables sociodémographiques, du lieu de contrôle total et de la solitude (N=77)

| | R^2 | ΔR^2 | B | $\acute{E}.T.$ | $B\acute{e}ta$ |
|-----------------------------------|---------|--------------|-------|----------------|----------------|
| Étape 1 Sociodémo. | 0,05 | | | | |
| Étape 2 Lieu de contrôle total | | 0,08* | | | |
| Étape 3 Solitude | | 0,34*** | | | |
| $R^2\ total$ | 0,47*** | | | | |
| Constante | | | -6,42 | | |
| Lieu de contrôle total | | | 0,94 | 0,41 | 0,31* |
| Solitude | | | 2,02 | 0,31 | 0,61*** |
| Âge | | | -0,44 | 0,27 | -0,18 |
| Stade | | | -0,21 | 3,14 | -0,01 |
| Statut | | | 6,86 | 3,49 | 0,19 |
| Temps diag. | | | -2,11 | 2,15 | -0,10 |
| Sexe | | | -3,46 | 4,58 | -0,07 |

* $p<0,05$. ** $p<0,01$. *** $p<0,001$

explique 47 % de la variance totale (Tableau 5). La solitude explique à elle seule 34 % de la variance du stress ($p<0,001$). Une fois les variables sociodémographiques contrôlées à l'Étape 1 et celle de la variable lieu de contrôle à l'Étape 2, l'ajout de la variable de la solitude à l'Étape 3 fait augmenter la variance, ce qui est significatif. À l'étape finale, on peut constater

que les variables de la solitude et du lieu de contrôle total sont significatives lorsque toutes les autres variables sont tenues constantes. Le Tableau 5 présente ces résultats.

Ensuite, pour vérifier quelles sous-échelles (interne, externe ou hasard) du lieu de contrôle de la santé contribuent de façon significative à prédire le stress, une autre série de régressions a été réalisée. Les résultats démontrent qu'une seule sous-échelle du lieu de contrôle de la santé prédit de façon significative le stress. Il s'agit du lieu de contrôle de la santé externe (Tableau 6).

Suite aux résultats obtenus, nous pouvons constater que les trois variables contrôlées (variables sociodémographiques, lieu de contrôle de la santé externe et sentiment de solitude) expliquent 46 % de la variance. Une fois que ces dernières sont isolées, on peut constater que les variables sociodémographiques expliquent 5 % de la variance du stress. De plus, le lieu de contrôle de la santé externe explique 7 % de cette même variance et en ce qui a trait à la solitude, elle explique 34 % de la variance du stress.

Tableau 6

Analyse de régression multiple hiérarchique prédisant le stress à partir des variables sociodémographiques, du lieu de contrôle externe et de la solitude (N=77)

| | R^2 | ΔR^2 | B | $\acute{E}.T.$ | $B\acute{e}ta$ |
|--|-------|--------------|-------|----------------|----------------|
| Étape 1 Sociodémo. | 0,05 | | | | |
| Étape 2 Lieu de contrôle externe | | 0,07* | | | |
| Étape 3 Solitude | | 0,34*** | | | |
| R^2 total | 0,46 | | | | |
| Constante | | | 23,90 | | |
| Lieu de contrôle externe | | | 1,05 | 0,54 | 0,24* |
| Solitude | | | 2,02 | 0,32 | 0,61*** |
| Âge | | | -0,60 | 0,26 | -0,25* |
| Stade | | | -0,33 | 3,21 | -0,01 |
| Statut | | | 6,30 | 3,54 | 0,18 |
| Temps diag. | | | -1,87 | 2,19 | -0,09 |
| Sexe | | | -2,11 | 4,59 | -0,05 |

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

En conclusion, les résultats obtenus démontrent que le lieu de contrôle externe prédit le stress de façon significative et que la même sous-échelle du lieu de contrôle de la santé est directement impliquée chez les personnes

atteintes de cancer qui disent vivre de la solitude. De plus, la variable « solitude » est la composante la plus importante du stress chez les personnes atteintes de cancer.

Discussion

Dans cette section, les résultats obtenus sont abordés en fonction des hypothèses principales de la recherche. Par la suite, des clarifications sont apportées concernant les caractéristiques de la population à l'étude. En troisième lieu, les forces, les limites de la recherche et les recommandations faisant suite à la présente recherche seront exposées.

Vérification des hypothèses de recherche

Les résultats obtenus, dans cette recherche de type corrélationnel, ne permettent pas de confirmer que les personnes atteintes de cancer, qui ont un lieu de contrôle interne, vivent moins de solitude et de stress. En effet, même si la littérature indique que les individus ayant un lieu de contrôle interne semblent vivre moins de stress et moins de solitude, les résultats obtenus s'avèrent non significatifs. Toutefois, tel que l'avance la littérature (Marks et al., 1986; Newsom et al., 1996; Norton et al., 2005; Williams & Koocher, 1998), les résultats démontrent que les individus ayant un lieu de contrôle externe ont tendance à vivre plus de stress.

Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que les personnes qui sont en cours de chimiothérapie peuvent subir des fluctuations en ce qui a trait au lieu

de contrôle relié à la santé (Pinquart et al., 2007). En effet, la perception de contrôle diminue avec le temps, à cause des multiples stressseurs auxquels sont exposées les personnes en cours de chimiothérapie.

Plusieurs problématiques peuvent être rencontrées chez les individus ayant de faibles perceptions de contrôle. En effet, Selon Burns et Mahalik (2006) et Williams et Koocher (1998), ces personnes participent moins aux processus entourant leur plan de traitements. Si on s'attarde au fait que les personnes qui ont un lieu de contrôle externe vivent plus de stress et qu'elles ont de moins bonnes capacités d'adaptation, elles ont aussi une moins bonne qualité de vie et un bien-être général moindre (Muhonen & Torkelson, 2004). Aussi, tel que mentionné par Norton et al. (2005), une faible perception de contrôle associée à une diminution des capacités physiques amène une importante détresse psychologique chez la personne atteinte de cancer.

Certains facteurs peuvent avoir contribué au fait de ne pas atteindre le seuil de signification lors de la mesure du stress et de la solitude. En effet, le manque de puissance statistique a pu être influencé par le nombre de sujets à l'étude. Étant donné les moyens limités pour la chercheure, il n'a pas été facile de recruter un grand échantillon de personnes atteintes de cancer; il serait intéressant de reprendre les analyses avec un plus grand nombre de sujets afin d'obtenir une puissance statistique plus élevée. Il faut aussi prendre en

considération que pour l'évaluation de la variable stress, la version de la Mesure de stress psychologique de 25 items a été utilisée pour la collecte des données. Il serait intéressant d'utiliser la version longue de 49 éléments afin de voir l'impact sur les résultats.

En regard de la vérification de la deuxième hypothèse, les résultats de cette étude rapportent que plusieurs variables ont une influence sur le niveau de stress vécu par la personne atteinte de cancer. Le statut marital et le lieu de contrôle de la santé total ont une incidence sur le stress vécu, mais des résultats très significatifs sont obtenus en regard de la solitude. Suite aux résultats obtenus à la vérification de la première hypothèse, nous pouvons supposer que le lieu de contrôle de la santé externe peut jouer un rôle important en ce qui a trait au stress, chez les personnes qui reconnaissent vivre plus de solitude. Les résultats obtenus, avec l'aide de la régression multiple hiérarchique, viennent confirmer le fait que le lieu de contrôle externe joue aussi un rôle dans le stress perçu par les personnes atteintes de cancer qui sont en cours de chimiothérapie.

Dans le même ordre d'idée, même si Kreitler et al. (2007) ont mesuré l'impact du stress avec un autre instrument, ils observent aussi un stress sévère chez les participants atteints de cancer. Ce stress perçu a, selon ces mêmes auteurs, des impacts dans de nombreuses sphères de la vie des personnes

atteintes de cancer : qualité de vie, émotions négatives, fonctionnement cognitif, condition physique, niveau de douleur, contrôle perçu et façon de gérer le stress.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux rapportés par Bolger et al. (1996) et Norton et al. (2005) à l'effet qu'il est primordial d'avoir des relations proches et satisfaisantes, avec un conjoint par exemple, afin d'avoir des meilleures capacités d'ajustement aux stressseurs. Norton et al. (2005) soutiennent aussi le fait que l'impact d'interactions négatives est plus puissant lors d'une période de stress intense, telle une maladie chronique.

Lorsqu'on compare le sentiment de solitude vécu par des personnes atteintes de maladies potentiellement mortelles, on peut constater qu'il existe certaines variations. En effet, Rokach (2000) a observé un sentiment de solitude plus élevé chez les personnes atteintes du syndrome d'immunodéficience acquise (Sida), comparativement aux personnes atteintes de cancer et à la population générale. L'auteur mentionne que ce phénomène peut s'expliquer par la complexité des problèmes que peuvent rencontrer les gens atteints du sida et aussi par le côté terrifiant que la société véhicule face à cette maladie.

Tout comme le mentionne la littérature (De Valck & Vinck, 1996; Lin & Tsay, 2005; Meijer et al., 2002; Newsom et al., 1996; Norton et al., 2005;

Pelletier et al., 1994; Zarit et al., 2003), les individus en cours de traitement de chimiothérapie avec un lieu de contrôle interne ont tendance à vivre moins de stress. Toutefois, contrairement à Rokach (2003), aucune différence significative n'a été décelée entre les hommes et les femmes face à leur perception de la solitude. Aussi, bien que dans leur étude, Norton et al. (2005) aient mesuré la perception du lieu de contrôle de la santé avec un autre instrument, leurs résultats permettent aussi de faire un lien entre le lieu de contrôle de la santé externe et un plus haut niveau de stress vécu par l'individu en cours de traitement de chimiothérapie. On constate que ce lien peut aussi être fait avec une autre maladie chronique : l'arthrite rhumatoïde. En effet, Tennen, Affleck, Urrows, Higgins et Mandola (1992) ont observé une diminution de la perception de la douleur lorsque les personnes atteintes possèdent un lieu de contrôle de la santé interne.

Les résultats obtenus face à la grande implication de la solitude en regard du niveau de stress vécu chez la personne atteinte de néoplasie va dans le même sens que la littérature (Norton et al., 2005; Rokach, 2000, 2003; Simonton et al., 1982). Toutefois, les résultats obtenus ne nous permettent pas de distinguer si la solitude vécue par les personnes atteintes de cancer découle des effets secondaires de la maladie (fatigue, effets secondaires des traitements de chimiothérapie, chirurgie, etc.) ou des comportements inadéquats de leur

entourage (conjoint peu présent, amis maladroits dans leurs propos, professionnels de la santé distants, etc.).

Certains facteurs peuvent avoir influencé le seuil de signification de nos résultats. Tous les sujets de l'étude qui sont en cours de traitement de chimiothérapie disent vivre plus de malaises physiques (Norton et al., 2005), ce qui vient modifier leurs habitudes (plus grande fatigue, immuno-suppression, nausées, etc.). Il serait profitable de procéder à la même évaluation avec des personnes atteintes de cancer, mais n'étant pas en cours de traitement de chimiothérapie. Toutefois, il faut prendre en note qu'un tel critère de sélection pourrait engendrer d'autres difficultés comme par exemple, un stade de la maladie trop avancé, l'arrêt temporaire des traitements pour une chirurgie ou pour la radiothérapie, le fait de ne pas encore avoir débuté les traitements de chimiothérapie ou encore, le fait d'avoir refusé ces mêmes traitements. Chacune de ces conditions comporte ses particularités et ses embûches.

Comme l'avance Rokach (2003) et Norton et al. (2005), les personnes atteintes d'une maladie grave doivent apporter beaucoup de modifications à leurs habitudes, leur mode de vie, leurs fréquentations ainsi qu'à leur quotidien. Toutefois, le support donné par les différents professionnels de la santé, lors des visites dans le milieu hospitalier, peut être d'un grand secours. Le support

reçu par les gens atteints de cancer contribue à diminuer le sentiment de solitude.

Aussi, il a été constaté que 43 % de l'échantillon a un suivi thérapeutique avec un professionnel de la santé (psychologue ou travailleur social). Même si certains auteurs (Baider, Uziely, & Kaplan De-Nour, 1994; Berglund, Balund, & Gustavsson, 1993; Perron, 2005) mentionnent que les personnes atteintes de cancer n'acceptent pas l'aide psychologique individuelle ou de groupe, force est de constater que 24 femmes et 9 hommes sont en cours de suivi durant leurs traitements de chimiothérapie. Ensuite, même si les hommes ont un plus haut taux de probabilité de diagnostic de cancer que les femmes (Société canadienne du cancer, 2008), l'échantillon se trouve composé de 62 % de répondants de sexe féminin. De plus, il est à noter que de mémoire, ce sont majoritairement les hommes qui ont refusé de participer à l'étude.

Lors de la constitution de la population de recherche, nous nous sommes intéressés à des personnes atteintes de néoplasies. Afin d'avoir accès plus facilement à la population ciblée, les efforts se sont concentrés auprès de personnes en cours de traitements de chimiothérapie. Par conséquent, les personnes avec un diagnostic de cancer, mais n'ayant pas encore débuté les traitements de chimiothérapie et les personnes ayant refusé ces mêmes traitements ne sont pas prises en compte. De plus, aucune distinction n'a été

faite entre les personnes qui en étaient à leur premier traitement ou celles qui terminaient leur traitement de chimiothérapie.

De plus, seules les personnes ayant un diagnostic favorable (évolution de la maladie au stade 1, 2 ou 3) ont été interpellées afin de compléter le questionnaire. En effet, les personnes étant atteintes d'une néoplasie de stade 4 ou encore ayant un diagnostic de cancer du poumon, du pancréas et du foie ont été exclues de l'étude. En effet, ces dernières peuvent vivre une adaptation psychologique différente des personnes recevant un traitement à visée curative (Baider et al., 1994; Razavi & Delvaux, 1998).

Par ailleurs, l'examen des caractéristiques sociodémographiques révèle que l'échantillon de personnes atteintes de cancer est constitué majoritairement de femmes (62 %). Toutefois, les analyses démontrent que la variable du sexe n'a aucun effet sur les résultats de la mesure du stress et de la solitude.

Bref, il faut être prudent lorsqu'une étude est réalisée avec une clientèle oncologique. Ces personnes vivent de multiples chamboulements au cours des traitements proposés et il est important que les chercheurs soient conscients de tous ces facteurs de déstabilisation.

Forces, limites et recommandations

La présente recherche permet de démontrer que le lieu de contrôle de la santé a un lien direct avec le niveau de stress vécu par la personne atteinte de cancer. De plus, cette étude nous permet aussi de confirmer, de façon évidente, l'implication de la solitude au niveau du stress vécu par la personne étant en cours de chimiothérapie. À la lumière de ces résultats, les professionnels de la santé seront en mesure de mieux cibler leurs interventions et de porter une attention particulière envers les individus démontrant un sentiment de perte de contrôle face à la maladie et qui nomment vivre de la solitude.

Une autre force de cette étude réside dans le fait que seuls des individus avec un pronostic favorable font partie de l'échantillonnage. En effet, les personnes ayant un diagnostic avec un pronostic sombre n'ont pas été sollicitées afin de faire partie de l'étude. En effet, tel qu'avancé par Kreitler et al. (2007), le stress se retrouve directement influencé par la sévérité du diagnostic. Baider et al. (1994) suggèrent fortement d'exclure de l'étude les sujets atteints de cancer dont la durée de vie se trouve estimée à six mois ou moins. Selon ces auteurs, un niveau de détresse psychologique élevé peut influencer les résultats. Donc, les résultats des personnes atteintes d'un cancer du poumon, du foie ou du pancréas n'ont pas été comptabilisés. Ces types de cancer sont

davantage associés à des pronostics plus sombres (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2005). Aussi, tel que mentionné précédemment, tous les résultats provenant d'individus (deux sujets) atteints d'une néoplasie de stade 4 ont été retirés lors de la compilation des données statistiques afin de ne pas influencer les résultats.

Une des limitations de l'étude est la taille réduite de l'échantillon. En effet, un plus grand nombre de répondants aurait peut-être permis l'obtention d'un plus grand nombre de variables avec un seuil de signification concluant.

De plus, même si la chercheuse a tenté d'être la plus objective que possible, il n'en demeure pas moins qu'elle jouait différents rôles, ce qui a pu moduler la validité interne de l'étude. En effet, la chercheuse sollicitait les sujets alors que certains avaient déjà un suivi psychologique avec elle. Toutefois, cette recherche a permis à l'intervenante de côtoyer directement les personnes étant en traitement de chimiothérapie et de recueillir leurs réactions face à leur vécu.

Pour les fins de la recherche, différents types de cancer (cancer du sein, cancer colorectal, lymphomes, sarcomes et leucémies) sont utilisés dans le calcul des résultats. Il serait intéressant de constater si, avec un échantillon beaucoup plus important, il y aurait des différences spécifiques en ce qui a trait à ces différents diagnostics. À ce moment-là, peut-être observerait-on des

résultats significatifs entre les hommes et les femmes. De plus, il serait très intéressant de comparer les individus lorsqu'ils sont au même nombre de traitements de chimiothérapie. En effet, peut-être existe-t-il une différence, au niveau des variables, entre un individu qui reçoit son troisième traitement de chimiothérapie comparativement à une personne à laquelle on administre son huitième traitement.

En ce qui a trait à l'évaluation du stress, l'instrument choisi (MSP-B) présente des limites. En effet, il est suggéré aux participants de s'inspirer de l'état de stress qu'ils ressentent depuis les « quatre ou cinq derniers jours ». Il est certain que de nombreux éléments peuvent faire fluctuer cet état de stress ressenti. En effet, certaines personnes peuvent vivre plus de stress, tout simplement en pensant au traitement de chimiothérapie qu'elles vont recevoir d'ici quelques jours. Le fait d'anticiper une période de vulnérabilité (nausées, vomissements, épisodes de diarrhée, éventuelle immuno-suppression, etc.) peut être un agent stresseur. Un autre facteur non négligeable est le fait que le participant devra peut-être rencontrer l'oncologue, suite au traitement de chimiothérapie, afin de savoir s'il y a un changement face au protocole proposé à l'origine. Bref, de multiples facteurs risquent d'influencer le stress vécu par le participant au moment où il complète le questionnaire et par conséquent, avoir un impact direct sur les résultats obtenus. Toutefois, le but visé de la présente recherche est de mesurer le niveau de stress ressenti par la personne atteinte

de cancer. Le stress vécu face aux multiples composantes qui entourent le cancer (traitements de chimiothérapie, de radiothérapie, chirurgie, attente de résultats, perte des cheveux, solitude vécue et ressentie, relocalisation temporaire pour des traitements, etc.) ne peut donc pas être contrôlé. Toutefois, il pourrait être intéressant, pour une recherche future, d'inclure un volet qualitatif à la MSP-B. En effet, le chercheur pourrait investiguer afin de savoir s'il y a un stresser majeur qui est présent depuis les quatre à cinq derniers jours pour chaque participant. Ainsi, les résultats obtenus pourraient être relativisés face au contenu subjectif de chaque personne atteinte de cancer qui participe à la recherche.

Il serait également pertinent, pour une recherche future, de comparer les variables de stress et de solitude chez les personnes qui refusent les traitements de chimiothérapie. Aussi, il serait intéressant d'étudier la population de personnes atteintes de cancer qui reçoivent uniquement comme traitement de la radiothérapie.

En conclusion, nous reconnaissons les limites et les restrictions de notre étude. Nous réalisons que la complexité d'une telle étude nécessiterait l'implication d'organismes subventionnaires gouvernementaux ou encore, de la Société canadienne du cancer. Une telle démarche apporterait davantage de précision en regard des variables impliquées dans la présente recherche.

Conclusion

La présente étude a permis de vérifier si les personnes atteintes de cancer ayant un lieu de contrôle interne vivent moins de stress et moins de solitude et si les personnes atteintes de cancer qui disent vivre plus de stress ont tendance à vivre plus de stress.

Au point de vue scientifique, les résultats apportent un point de vue intéressant. Ces derniers permettent de confirmer que le lieu de contrôle total permet de prédire, en partie, le niveau de stress vécu par la personne atteinte de cancer. Plus spécifiquement, au niveau de sous catégories du lieu de contrôle de la santé, il est démontré que le lieu de contrôle externe, est la meilleure variable prédictrice au niveau de la variable du stress. Cependant, les résultats obtenus ne permettent pas de valider le pouvoir prédictif du lieu de contrôle en ce qui a trait à la solitude vécue par les personnes atteintes de cancer. Finalement, les résultats révèlent que le statut marital et le lieu de contrôle externe contribuent, de façon modérée, à prédire le stress. Toutefois, la plus grande influence, au niveau de la variable du stress, proviendrait de la solitude vécue par la personne atteinte de cancer.

Sur le plan clinique, diverses recommandations peuvent être faites afin d'aider et d'accompagner de façon adéquate les personnes en cours de

traitement de chimiothérapie. Il serait favorable, pour ce type de clientèle, d'avoir l'opportunité de bénéficier d'un suivi avec un psychologue, spécialiste de l'adaptation. Ainsi, ce dernier pourrait évaluer le lieu de contrôle de la personne et cibler des interventions adéquates afin de l'aider dans son cheminement face à la maladie. La perception de la solitude, tel que nomme par le client, serait aussi a considéré de façon spécifique. Toutes ces interventions contribueraient à cibler les personnes atteintes de cancer susceptibles de vivre du stress face à leur perception de contrôle et leur perception face à la solitude.

Bref, il apparaît évident et essentiel de porter une attention particulière à la perception de contrôle et à la solitude qu'identifie la personne atteinte de cancer. Le stress ayant une influence directe sur l'efficacité du système immunitaire, il est donc primordial de tenter de diminuer la présence de ce dernier. Offrir un support psychologique aux personnes, qui sont en cours de traitement de chimiothérapie, permettrait de modérer l'effet de ces variables.

Références

- Achterberg, J., Dossey, B., & Kolkmeier, L. (1994). *Rituals of healing : Using imagery for health and wellness*. Boston : Bantam Books.
- American Psychosocial Oncology Society. (2006). *Quik reference for oncology clinicians: The psychiatric and psychological dimensions of cancer symptom management*. Charlottesville: Holland, J. C., Greenberg, D. B. & Hughes, M. K.
- Andersen, B. L, Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American Psychologist*, 49, 389-404.
- Andrykowski, M. A., & Brady, M., J. (1994). Health locus of control and psychological distress in cancer patients: Interactive effects of context. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 439-459.
- Antoni, M. H., & Lutgendorf, S. (2007). Psychosocial factors and disease progression in cancer. *Psychological Science*, 16, 4246.
- Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M., & Calvo, J. I. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviors in cancer and other diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 181-187.
- Baider, L., Uziely, B., & Kaplan De-Nour, A. (1994). Progressive muscle relaxation and guided imagery in cancer patient. *General Hospital Psychiatry*, 16, 340-347.
- Baillargeon, J. (2008). *Applications et interprétations des techniques statistiques avancées*. Récupéré le 29 janvier 2009 de <http://www.uqtr.ca/cours/srp-6018/>.
- Ben Soussan, P., & Julian-Reynier, C. (Éd.). (2008). *Cancer et recherches en sciences humaines*. Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Berglund, C., Balund, C., & Gustavsson, U. L. (1993). Starting again: A comparison study of a group rehabilitation program for cancer patients. *Acta Oncology*, 32, 15-21.
- Bettencourt, B. A., Talley, A. E., Molix, L., Schlegel, R., & Westgate, S. J. (2008). Rural and urban breast cancer patients: Health locus of control and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 17, 932-939.
- Bolger, N., Foster, M., Vinokur, A. D., & Ng, R. (1996). Close relationships and adjustment to a life crisis: The case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 283-294.

- Bruchon-Schweitzer, M., & Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies: Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.
- Burns, S. M., & Mahalik, J. R. (2006). Physical health, self-reliance, and emotional control as moderators of the relationship between locus of control and mental health among men treated for prostate cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 561-572.
- Butow, P. N., Hiller, J. E., Price, M. A., Thackway, S. V., Kricker, A., & Tennant, C. C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 169-181.
- Carver, C. S., Harris, S. D., Lehman, J. M., Durel, L. A., Antoni, M. H., Spencer, S.M., et al. (2000). How important is the perception of personal control? Studies of early stage breast cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 139-149.
- Chrousos, G. P., & Gold, P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioural homeostasis. *Journal of the American Medical Association*, 26, 1244-1254.
- Classen, C., Butler, L., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J. et al. (2001). Supportive-Expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. *Archives of General Psychiatry*, 58, 494-501.
- Cohen, S., Tyrrell, D. A., & Smith, A. P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, 325, 606-612.
- Cordova, M. J., Cunningham, L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer : A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176-185.
- De Grâce, G. R., Joshi, P., & Pelletier, R. (1993). L'échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL) : validation canadienne-française du « UCLA loneliness scale ». *Revue canadienne des sciences du comportement*, 25, 12-27.
- De Valck, C., & Vinck, J. (1996). Health locus of control and quality of life in lung cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 28, 179-186.
- Dolbeault, S., Dauchy, S., Brédart, A., & Consoli, M. (2007). *La psycho-oncologie*. Paris : John Libbey Eurotext.

- Dubois, N. (1987). *La psychologie du contrôle*. Grenoble : PUG.
- Duchesne, I. (1997). *Le stress perçu et le soutien social chez les bénévoles accompagnant les mourants*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Dufour, D. (2003). *Les tremblements intérieurs*. Montréal : Les éditions de l'Homme.
- Ernst, J.M., & Cacioppo, J.T. (1999). Lonely hearts : Psychological perspectives on loneliness. *Applied & Preventive Psychology*, 81, 1-22.
- Fillion, L., Tessier, R., Tawadros, E., & Mouton, C. (1989). Stress and immunity : Study on the validity of a measure of psychological stress. *Canadian Psychology*, 30, 30-38.
- Gaugler, J.E., Hanna, N., Linder, J., Given, C., Tolbert, V., Kataria, R., et al. (2005). Cancer caregiving and subjective stress : A multi-site, multi-dimensional analysis. *Psycho-Oncology*, 14, 771-785.
- Hannoun, M. (1993). *Solititudes et sociétés*. Paris : PUF.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior and Immunity*, 17, 98-105.
- Heim, E., Augistiny, K. F., Schaffner, L., & Valach, L. (1993). Coping with breast cancer over time and situations. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 117-132.
- Helgesson, O., Cabrera, C., Lapidus, L., Bengtsson, C., & Lissner, L. (2003). Self-reported stress levels predict subsequent breast cancer in a cohort of Swedish women. *European Journal of Cancer Prevention*, 12, 377-381.
- Holland, J. C. (1998). Societal views of cancer and the emergence of psycho-oncology. Dans J. C. Holland, *Psycho-Oncology*, (pp.3-15). New York: Oxford University Press.
- Holland, J. C., Lewis, S. (2000). *The human side of cancer*. New York: HarperCollins Publishers.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (2005). *Cancer : Pronostics à long terme*. Récupéré le 04 avril 2009 de <http://www.ist.inserm.fr/basisrapports/cancer-pronostic.html>

- Knobf, M., T., Pasacrete, J., V., Valentine, A., & McCorkle, R. (1998). Chemotherapy, hormonal therapy, and immunotherapy. Dans J. C. Holland, *Psycho-Oncology*, (pp. 277-288). New York: Oxford University Press.
- Kreitler, S., Peleg, D., & Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16, 329-341.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisals, and coping*. New York : Springer.
- Le Petit Larousse illustré*. (2006). Paris : Larousse.
- Lefcourt, H. M. (1991). Locus of control. Dans J. P. Robinson, P.R. Shaver, & L.S. Wrightsman (Éds), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 475-479). New York: Academic Press.
- Lemyre, L., Tessier, R., & Fillion, L. (1990). *La mesure de stress psychologique (M.S.P)*. Québec : Éditions Behaviora inc.
- LeShan, L. (1982). *Vous pouvez lutter pour votre vie : les facteurs psychologiques dans l'origine du cancer*. Paris : Robert Laffont.
- Levy, S. M. (1985). *Behaviour and cancer: Lifestyle and psychosocial factors in the initiation and progression of cancer*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Libert, Y., Merckaert, I., Reynaert, C., Delvaux, N., Marchal, S., Etienne, A. et al. (2007). Physicians are different when they learn communication skills: influence of the locus of control. *Psycho-Oncology*, 16, 553-562.
- Lin, C., & Tsay, H. (2005). Relationships among perceived diagnostic disclosure, health locus of control, and levels of hope in taiwanese cancer patients. *Psycho-Oncology*, 14, 376-385.
- Lindberg, N. M., & Wellisch, D. K. (2001). Anxiety and compliance among women at high risk for breast cancer. *Annals of Behavioural Medicine*, 23, 298-303.
- Malcarne, V. L., Compas, B. E., Epping-Jordan, J. E., & Howell, D. C. (1995). Cognitive factors in adjustment to cancer: Attributions of self-blame and perceptions of control. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 401-417.
- Marks, G., Richardson, J. L., Graham, J. W., & Levine, A. (1986). Role of health locus of control beliefs and expectations of treatment efficacy in adjustment to cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 443-450.

- Meijer, S. A., Sinnema, G., Bijstra, J. O., Mellenbergh, G. J., & Wolters, W. H. G. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Social Science & Medicine*, 54, 1453-1461.
- Millard, W. (1994). *Social isolation and social mediators of the stress of illness*. Münster : Lit.
- Moor, J., S, Moor, C., A., Basen-Engquist, K., Kudelka, A., Bevers, M.W., & Cohen, L. (2006). Optimism, distress, health-related quality of life, and change in cancer antigen 125 among patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 68, 555-562.
- Moreau, D., & Fortin, F. (1982). Traduction de l'Échelle de Foyer de Contrôle. Document inédit. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal.
- Muhonen, T., & Torkelson, E. (2004). Work locus of control and its relationship to health and job satisfaction from a gender perspective. *Stress and Health*, 20, 21-28.
- Naus, M. J., Price, E. C., & Peter, M. P. (2005). The moderating effects of anxiety and breast cancer locus of control on depression. *Journal of Health Psychology*, 10, 687-694.
- Newsom, J., T., Knapp, J. E., & Schulz, R. (1996). Longitudinal analysis of specific domains of internal control and depressive symptoms in patients with recurrent cancer. *Health Psychology*, 15, 323-331.
- Newsom, J., T., Mahan, T. L., Rook, K., & Krause, N. (2008). Stable negative exchanges and health. *Health Psychology*, 27, 78-86.
- Nielsen, R., Shang, Z., Kristensen, T., Netterstrom, B., Schnohr, P., & Gronbaek, M. (2005). Self reports stress and risk of breast cancer: Prospective cohort study. *British Medical Journal*, 331, 548-558.
- Norton, T., Rosenblum, N., Hernandez, E., Bergman, C., Rubin, S., & Carlson, J., et al. (2005). Ovarian cancer patients' psychological distress : The role of physical impairment, perceived unsupportive family and friend behaviors, perceived control, and self-esteem. *Health Psychology*, 24, 143-152.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108, 363-382.

- Pelletier, P. M., Alfano, D. P., & Fink, M. P. (1994). Social support, locus of control and psychological health in family members following head or spinal cord injury. *Applied Neuropsychology*, 1, 38-44.
- Perron, L. (2005). *Effet de l'imagerie mentale sur l'anxiété et la perception de contrôle interne sur la santé des personnes atteintes de cancer*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Pinquart, M., Fröhlich, C., & Sibereisen, R. K. (2007). Change in psychological resources of younger and older cancer patients during chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 16, 626-633.
- Ray, O. (2004). How the mind hurts and heals the body. *American Psychologist*, 59, 29-40.
- Razavi, D., & Delvaux, N. (1998). *La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux*. Paris : Masson.
- Rokach, A. (2000). Terminal illness and coping with loneliness. *The Journal of Psychology*, 134, 283-296.
- Rokach, A. (2003). Causes of loneliness of those afflicted with life-threatening illnesses. *Social Behavior and Personality*, 31, 663-674.
- Rokach, A., Orzeck, T., Moya, M. C., & Expósito, F. (2002). Causes of loneliness in North America and Spain. *European Psychologist*, 7, 70-79.
- Rook, K., S. (1987). Social support versus companionship, effects on life stress, loneliness, and evaluations by others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1132-1147.
- Rotter, J.B. (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Russel, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Rowe, J., Montgomery, G., Duberstein, P., & Bovberg, D. (2005). Health locus of control and perceived risk for breast cancer in healthy women. *Behavioral Medicine*, 31, 33-40.
- Sand, L., & Strang, P. (2006). Existential loneliness in a palliative home care setting. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 1376-1387.

- Selye, H. (1974). *Stress sans détresse*. Montréal : La Presse.
- Selye, H. (1975). *Le stress de la vie*. Paris : Gallimard.
- Simonton, O. C., & Henson, R. (1993). *L'aventure d'une guérison*. Belfond : J'ai lu.
- Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S., & Creighton, J. (1982). *Guérir envers et contre tout : Le guide du malade et de ses proches pour surmonter le cancer*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Simonton, O. C., Simonton, S., & Creighton, J. (2001). *Guérir envers et contre tout* (20^e éd.). Paris : Desclée de Brouwer.
- Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada. (avril 2008). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2008*. Récupéré le 29 janvier 2009 de <http://www.cancer.ca> et <http://www.ncic.cancer.ca>
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.
- Tennen, H., Affleck, G., Urrows, S., Higgins, P., & Mandola, R. (1992). Perceiving control, construing benefits, and daily processes in rheumatoid arthritis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 24, 186-203.
- Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 18, 359-384.
- Toomey, T. C., Mann, D. C., Abashian, S., & Thompson-Pope, S. (1991). Relationship between perceived selfcontrol of pain, pain description and functioning. *Pain*, 45, 129-133.
- Turmel, N. (1999). *Relation entre les stratégies d'adaptation, le lieu de contrôle et le niveau de sévérité du psoriasis chez les personnes atteintes*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). Appraisal support predicts age-related differences in cardiovascular function in women. *Health Psychology*, 14, 556-562.
- Ursin, H., Baade, E., & Levine, S. (1978). *Psychobiology of stress: A study of coping men*. New York: Academic Press.

- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLC). *Health Education Monographs*, 6, 161-170.
- Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63, 534-553.
- Wellisch, D. K., & Lindberg, N. M. (2001). A Psychological profile of depressed and nondepressed women at high risk for breast cancer. *Psychosomatics*, 42, 330-336.
- Williams, J., & Koocher, G. P. (1998). Addressing loss of control in chronic illness theory and practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35, 325-335.
- Zarit, S. H., Pearlin, L. I., & Schaie, K. W. (2003). *Personnal control in social and life course contexts*. New York : Springer Publishing Company.
- Zellars, K. L., Meurs, J. A., Perrewé, P. L., Kacmar, C., J., & Rossi, A.M. (2009). Reacting to and recovering from a stressful situation: The negative affectivity-physiological arousal relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14, 11-22.

Appendices

Appendice A: Formulaire de consentement



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET FORMULAIRE D'ENGAGEMENT

Informations générales

Le projet de recherche «*La solitude, le stress et le lieu de contrôle chez les personnes atteintes de cancer*» est réalisé par Mélanie Berger, étudiante au Doctorat en psychologie sous la supervision de la professeure Françoise Lavallée, Ph.D., du Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Cette recherche vise à vérifier le rôle du stress, de la solitude et du lieu de contrôle chez la personne atteinte de cancer.

Pour participer à la présente recherche, les individus doivent être âgés de plus de 18 ans et être atteints de cancer. La participation à cette recherche implique de la part des participants une rencontre durant laquelle ils répondront à trois questionnaires de type «papier-crayon». Les rencontres se dérouleront à l'Hôtel Dieu d'Arthabaska et auront une durée de 45 à 55 minutes.

La participation à ces rencontres n'entraîne aucun risque pour les individus. Toutefois, il est possible que certaines personnes éprouvent quelques inconforts ou fatigue, ou soient incommodées par le fait que certains questionnaires, entrevues, discussion ou autres tâches provoquent :

- un certain niveau de détresse;
- un rappel d'événements négatifs;
- une prise de conscience.

Le participant pourra signaler tout inconfort, malaise, dérangement ou détresse découlant de sa participation à l'expérimentation au responsable de la recherche qui a prévu des mécanismes visant à atténuer ces effets négatifs. Au cas où le participant requerrait une aide professionnelle immédiate, ce dernier serait référé à l'un des psychologues présents à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska afin de pouvoir recevoir du support psychologique. Si la personne le désire, elle peut aussi consulter au Centre Universitaire de Services Psychologiques de l'Université du Québec à Trois-Rivières. La superviseure de ce projet de recherche, Françoise Lavallée, Ph.D, au 819-376-5011, poste 3522, est également disponible si le participant désire la contacter.

Les informations recueillies lors de l'expérimentation seront utilisées uniquement par les personnes impliquées dans la recherche et seront traitées de façon strictement confidentielle. En effet, le nom du participant sera remplacé par un code numérique qui sera utilisé à la place du nom du participant de façon à ce qu'aucune personne ne puisse l'identifier. Le formulaire de consentement sera placé dans un classeur sous clé pour assurer la confidentialité et les rapports de recherche ne feront état que des résultats de groupes.

Le participant est libre de se retirer de la recherche à tout moment, sans avoir à justifier sa décision et sans en subir de préjudice. Bien que peu probable, la responsable de la recherche peut retirer un participant de la recherche mais elle doit lui en donner le motif.

No d'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières : CER-05-97-06.02, certificat émis le 21 mars 2005.

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Je, _____, reconnais avoir été suffisamment informé(e) du projet de recherche « *La solitude, le stress et le lieu de contrôle chez les personnes atteintes de cancer* ».

Je reconnais bien comprendre ce que ma participation à cette recherche implique, pour moi.

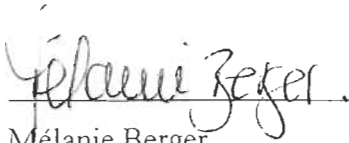
En toute connaissance et en toute liberté, j'accepte d'y participer et j'autorise la responsable à utiliser les résultats de ma participation selon les informations qu'elle m'a fournies.

Signature du participant

Date

ENGAGEMENT DE L'ÉTUDIANT ET DE LA DIRECTRICE DE RECHERCHE

Je, Mélanie Berger, étudiante au doctorat en psychologie Intervention/Recherche, Françoise Lavallée, Ph.D., superviseure, nous engageons à mener la présente recherche portant sur « *La solitude, le stress et le lieu de contrôle chez les personnes atteintes de cancer* » selon les dispositions acceptées par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des participants tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Nous nous engageons également à fournir aux participants tout le support permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.



Mélanie Berger

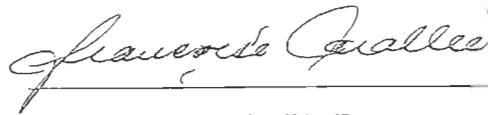
Signature de l'étudiante

Département de psychologie

Université du Québec à Trois-Rivières

05-05-2005

Date



Françoise Lavallée, Ph. D.

Signature de la directrice de recherche

Département de psychologie

Université du Québec à Trois-Rivières

05-05-2005

Date

Appendice B : Questionnaires

Numéro d'identification du questionnaire : _____

Données sociodémographiques

Merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes avant de poursuivre :

Âge : _____

Sexe : _____

Nombre d'années d'études : _____

Statut social : _____ Célibataire
_____ Marié/Conjoint de fait
_____ Séparé/Divorcé
_____ Veuf

Quel est votre diagnostic?: _____

À quel stade le cancer a été diagnostiqué?

_____ stade 1
_____ stade 2
_____ stade 3
_____ stade 4

Depuis combien de temps le cancer a été diagnostiqué?

_____ moins de 3 mois
_____ entre 3 et 6 mois
_____ entre 6 mois et 1 an
_____ plus d'un an

Êtes-vous présentement hospitalisé? _____ Oui _____ Non

Si oui, depuis combien de temps _____ 6 jours et moins _____ Plus d'une semaine

Consultez-vous un thérapeute afin de vous aider dans votre cheminement? (psychologue, psychothérapeute, travailleur social)

_____ Oui _____ Non

Échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL)

DIRECTIVES : Indiquez la fréquence avec laquelle chacun des énoncés décrit bien ce que vous ressentez. Encerclez un chiffre pour chaque énoncé.

* 1. Je me sens sur la même longueur d'ondes que les gens autour de moi.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

2. Je n'ai pas assez de compagnons (compagnes).

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

3. Il n'y a personne à qui je peux avoir recours.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

* 4. Je ne me sens pas seul (e).

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

* 5. Je sens que je fais partie d'un groupe d'amis

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

* 6. J'ai beaucoup de choses en commun avec les gens qui m'entourent.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

7. Je ne me sens plus près de quiconque.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

8. Mes intérêts et idées ne sont pas partagés par ceux qui m'entourent.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

* 9. Je suis une personne sociable.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

* 10. Il y a des gens dont je me sens près.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

11. Je me sens exclu (e).

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

12. Mes relations sociales sont superficielles.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

13. Personne ne me connaît vraiment.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

14. Je me sens isolé (e) des autres.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

*15. Je peux m'entourer de compagnons (compagnes) quand je le veux.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

*16. Il y a des gens qui me comprennent vraiment.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

17. Je me sens malheureux (se) d'être aussi retiré (e).

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

18. Les gens sont autour de moi et non avec moi.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

*19. Il y a des gens à qui je peux parler.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

*20. Il y a des gens à qui je peux avoir recours.

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Jamais 1 | Rarement 2 | Quelques fois 3 | Souvent 4 |
|-------------|---------------|--------------------|--------------|

N.B : * Inverser la cote

Référence : de Grâce, G.R., & Joshi, P., & Pelletier, R. (1993). L'échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL) : validation canadienne-française du « UCLA loneliness scale ». Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 25(1), pp.12-27.

Foyer de contrôle multidimensionnel de Wallston

Afin de répondre au questionnaire, veuillez encrer la réponse vous concernant le plus, soit: 1- Tout à fait d'accord 2- Plutôt d'accord 3- Plutôt en désaccord 4- Tout à fait en désaccord

1. Je peux me guérir par moi-même lorsque je suis malade.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

2. Si j'ai à être malade, je ne peux rien faire pour l'empêcher.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

3. Si je vois souvent un bon médecin, j'ai moins de chance d'être malade.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

4. Je crois que ma santé est beaucoup influencée par des événements inattendus.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

5. Ce n'est qu'en consultant des médecins que je peux me garder en santé.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

6. Je suis la seule personne responsable de ma santé.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

7. Les personnes qui m'entourent jouent un grand rôle dans le fait que je reste en santé ou que je devienne malade.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

8. Tous les problèmes que j'ai avec ma santé, c'est de ma faute.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

9. Quand je suis malade, je n'ai qu'à laisser faire la nature.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

10. Ce sont les médecins qui me gardent en santé.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

11. Être en santé, c'est une affaire de chance.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

12. Ma santé physique dépend de la façon dont je prends soin de moi.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

13. Quand je suis malade, c'est parce que je n'ai pas fait assez attention à moi.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

14. Le temps que je prends pour guérir d'une maladie dépend du type de soin que je reçois des personnes qui m'entourent.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

15. Même si je prends soin de moi, il est facile de tomber malade.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

16. Si je suis malade, c'est le fait du hasard.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

17. Je peux très bien rester en santé si je prends soin de moi.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

18. Pour moi, la meilleure façon de rester en santé, c'est de suivre les prescriptions du médecin.

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Tout à fait d'accord 1 | Plutôt d'accord 2 | Plutôt en désaccord 3 | Tout à fait en désaccord 4 |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|

M.S.P.-25 B

- Après *CHAQUE* item, *ENCERCLEZ* le chiffre de 1 à 8 en indiquant jusqu'à quel degré l'item vous décrit bien *dernièrement*, c'est-à-dire depuis les 4 ou 5 derniers jours.
- Les chiffres de 1 à 8 signifient :

- | | |
|-----------------|------------------|
| - 1 Pas du tout | - 2 Pas vraiment |
| - 3 Très peu | - 4 Un peu |
| - 5 Plutôt oui | - 6 Passablement |
| - 7 Beaucoup | - 8 Énormément |

DERNIÈREMENT, C'EST-À-DIRE EN PENSANT AUX 4 OU 5 DERNIERS JOURS :

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Je me sens débordé-e, dépassé-e, surchargé-e. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 2. Je suis préoccupé-e par ce qui va arriver le lendemain. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 3. J'ai le visage (front, sourcils ou lèvres) crispé, froncé, tendu. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 4. Je cherche l'heure constamment, je regard souvent ma montre ou demande l'heure. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 5. Je suis irritable, j'ai les nerfs à fleur de peau, je m'impatiente contre les gens et les choses. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 6. J'ai de la difficulté à digérer, j'ai mal à l'estomac. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 7. Je suis découragé-e, déprimé-e, dépressif-ve. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 8. Je me ronge les ongles ou me mange la peau autour des doigts ou me mord les lèvres et l'intérieur des joues | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 9. J'ai les mains moites ou je transpire beaucoup, (sue des aisselles, des pieds, etc.) | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 10. Je vois la vie comme étant simple et facile | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 11. J'ai le cœur qui débat, qui bat vite ou qui bat irrégulièrement. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 12. Je marche vite. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 13. Je suis brusque dans mes comportements, je bouge rapidement et sèchement. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 14. Je suis inefficace, inadéquat-e. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 15. J'ai les muscles tendus ou qui tremblent, ou je ressens des raideurs musculaires | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 16. J'ai l'impression de perdre le contrôle. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 17. Je suis agressif-ve | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 18. J'évite les contacts sociaux ou je ne fais plus de hobby, de sorties, d'activités socio-culturelles, je m'isole, je me retire | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 19. J'ai la respiration courte, saccadée, limitée, rapide. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |

- | | | |
|-----|--|-----------------|
| 20. | J'ai l'impression que chaque chose me demande n effort considérable. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 21. | Je me sens plein-e d'énergie, en forme. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 22. | Je mange vite, j'avale mon repas en moins de 15 minutes. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 23. | Je suis stressé-e. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 24. | Je suis malhabile, je fais des gaffes; je m'enfarge, j'échappe des choses, j'ai des incidents divers. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 25. | Je suis détendu-e. | 1 2 3 4 5 6 7 8 |

Référence : Lemyre, L., Tessier, R., & Fillion, L. (1990). *La mesure de stress psychologique (M.S.P)*. Québec : Éditions Behaviora inc.